

LE TRAITEMENT
DU
CANCER DE LA LANGUE
ET SES RÉSULTATS

LE TRAITEMENT

DU

N^o 7

CANCER DE LA LANGUE ET SES RÉSULTATS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

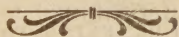
Le 28 Novembre 1908

PAR

Jules BRUNEL

Né au Bousquet-d'Orb (Hérault), le 3 octobre 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

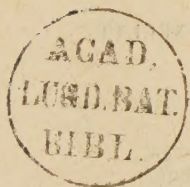


MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRÉ, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
CARRIEU, <i>professeur</i> .	LEENHARDT, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

J. BRUNEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEYRAN
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

J. BRUNEL.

AVANT-PROPOS

Au moment où la Faculté va nous accorder avec le diplôme le droit d'aborder la pratique de l'art médical, il est pour nous un devoir bien doux à remplir : nous tenons à témoigner à nos maîtres la plus vive et la plus intime reconnaissance pour les bons enseignements qu'ils nous ont transmis et les conseils éclairés qu'ils nous ont donnés.

La sympathie et la bienveillance qu'ils ont toujours montrées à notre égard, n'ont fait qu'augmenter le prix de leurs savantes leçons ; aussi, n'est-ce pas sans une émotion bien sincère que nous nous séparons d'eux, rendant hommage à leur affabilité, à leur dévouement et à leur science.

Que M. le professeur agrégé Soubeyran, qui, le premier, nous a fait comprendre la Clinique chirurgicale, reçoive l'expression de notre reconnaissance, tant pour les précieux enseignements qu'il nous a donnés, que pour les marques de bienveillance qu'il nous a témoignées pendant la durée de nos études, et qu'il a portées à leur comble en nous donnant notre sujet de thèse, et en nous dirigeant de ses conseils éclairés durant tout le cours de sa rédaction.

Nous avons gardé des leçons de M. le professeur Carrieu un souvenir ineffaçable, c'est lui qui guida nos premiers pas dans l'étude de la Clinique médicale ; nous nous efforcerons de suivre ses excellents conseils dans l'exercice de notre profession.

M. le professeur Vallois nous a enseigné la pratique des accouchements ; qu'il nous permette de le remercier comme il convient.

Merci à MM. les professeurs Mairet et Leenhardt pour le bienveillant accueil et les précieuses leçons qu'ils nous prodiguèrent l'un dans son service, l'autre aux consultations de l'hôpital général.

Nous nous honorons d'avoir été l'élève de MM. les professeurs Grasset et Truc ; qu'ils veuillent bien recevoir l'hommage de notre profond respect.

M. le professeur Tédénat nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse, un honneur dont nous connaissons tout le prix ; nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir bien voulu mettre notre modeste travail sous l'autorité de son nom. Puissent les leçons que nous avons reçues de lui, au lit du malade, et surtout après chaque opération, nous guider dans notre pratique !

INTRODUCTION

Le cancer de la langue est une maladie lamentable, et, bien qu'il soit difficile d'établir dans la série désolante des affections cancéreuses une gradation de quelque rigueur, tout le monde est d'accord pour lui accorder une des places les plus douloureuses.

Par les souffrances qu'il fait endurer, par le désespoir dans lequel il plonge les malheureux sur lesquels il s'abat et qui peuvent chaque jour contempler les progrès de leur mal, il dépasse en horreur et en cruauté toutes les autres manifestations profondes et cachées contre lesquelles nous pouvons au moins toujours employer la seule arme que nous conservions quelquefois et qui toujours reste fidèle, le réconfort moral, l'encouragement quotidien, le bienfaisant mensonge et la souveraine illusion.

Mais ce n'est pas tout : le cancer de la langue n'est pas seulement le plus cruel, il est encore le plus difficile à guérir. La récurrence survient ici d'une façon plus sûre et plus précoce que dans le cancer des autres organes et que dans le cancer de l'utérus lui-même, qui est peut-être, après le cancer de la langue, le plus rebelle et le plus décourageant.

Enfin les opérations dirigées contre lui sont graves, et sont loin d'avoir bénéficié de l'amélioration générale qui a transformé le pronostic opératoire de presque toutes les autres interventions.

Faut-il donc devant lui abandonner toute espérance, et devons-nous renoncer à la lutte en attendant les jours meilleurs, mais peut-être lointains, où nous aurons pour vaincre le cancer d'autres armes que le couteau? Loin de là. Si le cancer de la langue guérit rarement d'une façon définitive, il guérit quelquefois, il est amélioré souvent, et ce sont là des résultats suffisants pour que nous ayons le devoir de le combattre jusqu'au bout.

C'est à notre excellent Maître M. le professeur agrégé Soubeyran, que revient tout le mérite du choix de notre sujet, et c'est aussi à sa bienveillance que nous devons quatre des observations rapportées dans ce travail.

Cette question, quoique ayant été étudiée et reprise plusieurs fois, vient d'être remise à l'ordre du jour dans le récent Congrès de la Société de Chirurgie tenu à Bruxelles en septembre dernier, et il nous a semblé qu'une étude générale négligeant les discussions théoriques, pourrait être intéressante.

Voici quelle est la ligne de conduite que nous avons suivie, et le plan qui a présidé à la rédaction de notre travail.

Dans un premier chapitre, nous passons en revue les diverses méthodes opératoires qui ont été appliquées au traitement du cancer de la langue, nous insistons en particulier sur le procédé en deux temps de Butlin et J.-L. Faure, qui nous paraît être le meilleur.

Au chapitre suivant nous étudions quels sont les résultats immédiats de l'opération, sa gravité, la mortalité opératoire encore fort élevée.

Enfin, dans un dernier chapitre nous examinons les résultats plus heureux et nous citons un certain nombre de cas de longue survie.

Viennent ensuite quelques observations que nous avons pu recueillir, et enfin les conclusions auxquelles nous sommes arrivé.

LE TRAITEMENT
DU
CANCER DE LA LANGUE
ET SES RÉSULTATS

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION RAPIDE DES DIVERS
PROCÉDÉS

Les différents procédés employés pour l'ablation de la langue rentrent dans l'une ou l'autre des deux grandes méthodes suivantes :

1° Ablation par les voies naturelles ou par l'orifice buccal.

2° Ablation par les voies artificielles ou après opérations préliminaires.

A. — Méthodes d'ablation par les voies naturelles

VOIE EXCLUSIVEMENT BUCCALE

On peut encore ici faire une division suivant les instruments dont on se sert, suivant que par leur emploi on cherche ou non à éviter l'hémorragie. Donc deux catégories de procédés d'ablation : procédé sanglant où on se sert de bistouri et de ciseaux ; et procédé non sanglant où on se servira de caustiques, de l'écraseur, de l'anse galvanique, du thermocautère, où on pratiquera la ligature simple et élastique.

I. — Procédés de diérèse sanglante

PROCÉDÉ DE LOUIS (1759). — Il tire la langue au dehors à l'aide d'une érigne, cherche à délimiter avec le doigt le rebord postérieur de la tumeur, puis sectionne transversalement à une certaine distance de l'induration. Il détache ensuite la langue du plancher buccal, par une section horizontale faite également en se tenant à distance des limites inférieures de la tumeur.

PROCÉDÉ DE LANGENBECK (1819). — Il propose l'excision en coin du fragment de la langue où se trouve le néoplasme et la suture des deux lambeaux.

PROCÉDÉ DE BOYER. — S'applique aux cancers siégeant à la pointe. Incision en $\vee$ à sommet postérieur situé sur le raphé médian et en arrière de la tumeur. Réunion des deux lambeaux par quelques points de suture dans le but d'arrêter l'hémorragie, d'obtenir une réunion primitive, et de refaire une petite langue ayant la forme de la langue normale.

PROCÉDÉ DE PERCY. — Pour les tumeurs siégeant sur les bords sans intéresser la partie médiane, Percy fait une incision en forme de $\vee$ à sommet situé à la pointe et dont les branches abattent les bords de l'organe. Puis, il fait la suture de la muqueuse de la face dorsale à celle de la face inférieure la langue.

PROCÉDÉ DE PASTUREL. — Il fait également une incision en $\vee$, mais ici la plaie forme un angle dièdre à sommet postérieur; le couteau entame la langue dans toute sa largeur, et les lèvres de la plaie qui constituent les branches du $\vee$ sont taillées en biseau de part et d'autre de manière à coapter parfaitement. On termine en faisant la suture des muqueuses supérieure et inférieure.

PROCÉDÉ DE WHITEHEAD. — Ce procédé décrit par son auteur, en 1881, mérite d'attirer notre attention puisqu'il est employé par une grande partie des chirurgiens anglais, et que nous verrons Poirier y avoir recours dans un des temps de sa méthode. Whitehead dans un article du *The Practitioner*, 1903, s'exprime ainsi: « L'opération que j'ai exposée en 1881 a été décrite de manière si variable et si mauvaise, durant ces vingt dernières années,

qu'il me semble nécessaire de revenir sur quelques détails importants en y ajoutant quelques légères modifications que l'expérience m'a fait adopter.

» 1^o Lorsque le malade est endormi, on assure l'ouverture de la bouche à l'aide d'un bâillon placé du côté opposé à celui où l'on doit opérer ; si on compte enlever toute la langue, un bâillon de chaque côté est nécessaire.

» 2^o Saisir la langue avec une pince, tirer et passer alors un double fil solide qui traverse l'organe à 2 cent. 1/2 de la pointe, ce qui permettra d'exercer un mouvement de traction pendant l'opération.

» 3^o L'opérateur prend le fil dans la main gauche, tire énergiquement en haut et en dehors, et commence l'ablation en coupant le frein avec les ciseaux. Un doigt est introduit par cette brèche sous la membrane muqueuse, et contre lui on glisse une lame de ciseaux qui doit être poussée jusqu'au niveau des amygdales. En fermant les ciseaux, on sectionne l'attache de la muqueuse à la mâchoire ; quelques coups de ciseaux sur les piliers antérieurs du voile, et pour détruire les adhérences latérales. Même manœuvre de l'autre côté si on doit enlever la totalité de la langue.

» Lorsque ces incisions sont faites, presque toute la langue peut être tirée hors de la bouche, et il ne reste plus qu'à sectionner l'organe le plus loin possible, soit avec de petits coups de ciseaux, soit en déchirant, en dilacérant le tissu musculaire, ce qui permet de découvrir les artères et de les pincer avant de les sectionner.

» Finalement l'opérateur passe un gros fil de soie à travers ce qui reste de la muqueuse glosso-épiglottique pour prévenir la chute en arrière du moignon restant et pour permettre de l'attirer en avant en cas d'hémorragie secondaire. »

PROCÉDÉ DE PÉAN-RICHELOT. — Dans le cas de cancer circonscrit de la moitié antérieure de la langue, le chirurgien se munit de trois pinces longues à mors garnis de pointes. Il enfonce la première transversalement derrière la tumeur ; la deuxième antéro-postérieure partage la langue en deux moitiés inégales suivant le volume de la partie à sacrifier ; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le néoplasme étant ainsi circonscrit, on coupe le long des pinces, avec des ciseaux courbes, entre la tumeur et les pinces qui ont été placées assez loin d'elle. L'opération dure cinq minutes.

On laisse les pinces 24 heures en place, ce qui amène le sphacèle des bords de la section mais cause de très violentes douleurs ; aussi M. Richelot propose de suturer les plaies avec des crins de Florence placés au ras des pinces appliquées sur le tissu lingual, et avec un fil de soie pour la troisième pince qui sépare la tumeur du plancher buccal.

PROCÉDÉ DE RUBIO. — Saisit la langue avec une forte pince et l'attire au dehors. Puis, avec un long couteau, il pénètre par la face inférieure sur la ligne médiane, la pointe ressortant à la base de la langue, sur la face supérieure, en avant de la luvette. Le tranchant est tourné du côté de la pointe de la langue, et le couteau, tiré en avant en suivant la ligne médiane, divise la langue en deux moitiés ; la moitié malade est tirée en dehors, et une section transversale de deux centimètres de profondeur est effectuée avec un petit couteau spécial à la base du fragment. La linguale est recherchée et liée. Il ne reste

plus qu'à sectionner de même l'autre moitié si la lésion est étendue.

II. — Procédés de diérèse non sanglante

ABLATION PAR LES CAUSTIQUES. — Girouard (de Chartres) (1857) emploie un procédé de cautérisation linéaire.

Maisonneuve (1858) fait la cautérisation en flèches. On attire la langue au dehors, puis on circonscrit la tumeur par une ligne de ponctions dans chacune desquelles on introduit une flèche de pâte de Canquoin. Le centre de la tumeur est aussi lardé de ces flèches.

ABLATION PAR LIGATURE LENTE OU PROGRESSIVE. — On l'a depuis longtemps appliquée aux tumeurs de la partie antérieure de la langue par crainte de l'hémorragie ; mais son application à l'amputation totale est plus récente et exige l'emploi d'une opération préliminaire que nous étudierons ultérieurement. On peut faire cette ligature avec des fils ordinaires ou avec des fils élastiques, d'où ligature simple et ligature élastique.

1^o Ligature simple employée d'abord par Trousseau (1855), puis Richard. Préconisée en Italie par Silvestre de Vicenza (1862), en Angleterre par H. Lee (1870), en Autriche par Dittal (1870), en France par Delens (1877), qui en a décrit le manuel opératoire différant légèrement selon les cas de tumeur occupant la ligne médiane ou les parties latérales. Il se servait de fils de caoutchouc de 2 à 3 millimètres de diamètre, qu'il introduisait à l'aide de grandes aiguilles courbes.

ABLATION PAR LIGATURE EXTEMPORANÉE (Chassaignac). —
1^o Méthode d'écrasement linéaire.

Pour l'ablation de la moitié antérieure de la langue, il est nécessaire de faire deux sections : l'une vertico-transversale pour séparer la tumeur des parties saines de la langue en arrière ; l'autre horizontale pour l'isoler du plancher de la bouche. La chaîne est passée à l'aide d'un trocart courbe ou d'une grosse aiguille.

Pour l'ablation d'un noyau isolé, il faut d'abord pédiculiser la tumeur soit par transfixion, soit en plaçant une anse de fil au-dessous de la tumeur.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'une extirpation totale, il faut passer la chaîne par la région sus-hyoïdienne, ce que nous verrons plus loin.

2^o Marrant Baker (*British medical Journal*, 1883, II, 765). Mettre en place le bâillon, arracher toutes les dents ou racines dentaires qui pourraient gêner l'opérateur ; placer dans l'épaisseur de la langue 2 fils de soie, l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane, à 1 centim. en dehors de cette ligne et à 2 centim. 1/2 en arrière de la pointe. Un des fils est tenu par un aide, et l'opérateur, tenant l'autre, fait sur la face dorsale, avec un bistouri boutonné, une incision sur la ligne médiane, sectionnant dans les tissus jusqu'au frein. Prenant alors les 2 fils, un dans chaque main, le chirurgien divise la langue en deux. Si l'incision a été bien médiane, l'hémorragie est peu abondante.

L'aide tire sur le fil du côté malade et l'opérateur détruit aux ciseaux toutes les insertions et adhérences de la langue en avant, sur le côté et au plancher de la bouche. Le doigt complète cette manœuvre, et il ne reste plus qu'à

passer la chaîne de l'écraseur en arrière du néoplasme, sur le tissu sain.

Souvent l'artère principale reste dans la chaîne de l'écraseur et on peut alors la lier avant de retirer l'instrument.

GALVANO-CAUSTIQUE. — Cette méthode date de la même époque que l'écrasement de Chassaignac, elle est due en grande partie aux travaux de Middelpoy (1858).

Il y a deux procédés : l'un, où l'on enlève la tumeur avec le couteau galvanique en faisant une section linéaire ; l'autre, plus employé, dont le manuel opératoire présente des analogies avec l'écraseur : à l'endroit où ci-dessus on faisait passer la chaîne de l'écraseur, on introduit l'anse de platine ; on fait passer le courant, on excise le tissu compris dans la ligature.

Bottini (1874), Bryant (1874), puis Heath (1875) et Landi (1876) employèrent ce procédé de l'anse galvanique pour l'ablation totale de la langue, et ne lui apportèrent que de petites modifications. Bœckel, chirurgien de Strasbourg, étudia beaucoup cette méthode en s'attachant surtout à éviter l'hémorragie. Pour cela : sectionner avec l'anse galvanique, prendre un fil de platine assez fort (1 millim. à un millim. 1/2 de diamètre) pour qu'il ne devienne pas malléable au point de ne pouvoir être manié (Obs. de Tillaux) ; sectionner lentement, ne pas employer de courants trop forts (ne pas dépasser le rouge sombre).

THERMOCAUTÈRE. — Le thermocautère se rapproche beaucoup du bistouri par la façon dont on opère la section, et des instruments de constriction par la diérèse non sanglante qu'il produit. On peut donc l'employer à la place du bistouri ou des ciseaux dans les méthodes d'ablation de la langue, celle de Whitehead par exemple.

L'ablation de la langue au thermocautère a été facilitée en quelque sorte par le spéculum buccal de Langenbeck destiné à maintenir la bouche ouverte et à en protéger les parois.

Ces méthodes présentent le grave inconvénient d'être longues, douloureuses, de laisser dans la bouche du sujet des tissus gangrenés qui s'infectent et qui sont aussi dangereux que rebutants.

Nous ne ferons que citer rapidement les nouveaux agents physiques ou chimiques plus récemment entrés dans l'arsenal thérapeutique : le radium, les rayons X, les étincelles de haute fréquence, la fulguration. Le professeur Czerny (de Heidleberg), qui s'est beaucoup occupé de ces agents et en particulier du traitement du cancer par la fulguration, en est arrivé à cette conclusion, qu'il a émise au dernier Congrès de Bruxelles : « De toutes les méthodes thérapeutiques actuellement préconisées contre le cancer, c'est encore l'exérèse chirurgicale qui nous offre le plus de chances de succès. Elle a donné des guérisons incontestables, inespérées, et qui sont restées définitives. » Nous étudierons donc maintenant plus longuement les méthodes d'ablation sanglante.

B. — Ablation par les voies artificielles ou après opérations préliminaires.

Dans les cas de cancer limité à la partie mobile de la langue, l'opération par la voie buccale est facile, mais quand la base de la langue et le plancher de la bouche sont pris, les difficultés surviennent. Dans ces cas on fait

des opérations préliminaires qui ont pour effet de diminuer la difficulté, en rendant plus accessibles à la vue, au toucher et aux instruments, les parties malades. On peut les diviser en deux groupes : les sanglantes et les non sanglantes, ce dernier groupe ne comprenant qu'un seul procédé, celui de Little, dans lequel, afin d'augmenter l'orifice buccal, on luxe en avant les condyles du maxillaire.

Méthodes sanglantes

VOIE JUGALE

L'incision de la joue donne un jour énorme. Elle a été pratiquée par Jaéger (1831) à l'aide d'une incision transversale partant de la commissure labiale et jusqu'au muscle masséter.

Maisonneuve (1858), pour un cancer ayant envahi la langue en entier, fend les deux joues et suture la muqueuse d'une part, la peau d'autre part.

Polaillon, sur l'incision transversale de Jaeger, faisait tomber une incision verticale qu'il dirigeait vers la région carotidienne de manière à pouvoir enlever les ganglions de cette région. C'était déjà un grand progrès, quoiqu'il n'enlevât pas les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires.

Collis, pour ménager la commissure, faisait en dehors d'elle une incision qui, d'abord verticale, s'élevait ensuite obliquement vers le lobule de l'oreille.

Maunoury, plus louable, rendait horizontale cette dernière partie de l'incision et lui faisait suivre le bord infé-

rieur du maxillaire. On peut ainsi enlever toutes les parties malades intrabuccales et aussi les ganglions sous-maxillaires s'ils sont envahis.

VOIE TRANSMAXILLAIRE

Les méthodes qui empruntent la voie transmaxillaire pour aborder la langue, sans que l'os soit atteint par le cancer, sont plus défectueuses et plus graves que les précédentes, à cause des grands délabrements qu'elles occasionnent.

ROUX, le premier, en 1836, fait une résection temporaire linéaire, après division des parties molles, par une incision verticale allant du milieu de la lèvre inférieure jusqu'à 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'os. Il faut arracher une ou deux incisives médianes.

SÉDILLOT, en 1844, pour avoir dans la suite une consolidation osseuse plus parfaite, faisait la section du maxillaire en coin et continuait jusqu'à l'os hyoïde l'incision des parties molles.

RICHET faisait la section de l'os en biseau en dehors de la ligne médiane ; l'incision des parties molles se prolongeait le long du bord inférieur du maxillaire. En somme, il combine le procédé de Roux avec l'incision sus-hyoïdienne latérale.

LANGENBECK faisait de même, mais son incision des parties molles atteignait comme pour Sédillot l'os hyoïde.

PROCÉDÉ DE KOCHER.— Ce procédé, décrit par l'auteur

dans son Manuel de chirurgie opératoire, est celui qu'il préconise comme procédé normal d'ablation de la langue.

1° Division médiane de la lèvre inférieure en allant jusque sur l'os, l'incision est étendue jusqu'à l'os hyoïde. Pincement des vaisseaux, puis division du maxillaire à la scie sur la ligne médiane. On place alors des crochets aigus sur les surfaces osseuses sciées, et on fait la division médiane des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. On applique ensuite un écarteur entre les moitiés fortement écartées du maxillaire. La langue est tirée au dehors et vers le côté sain au moyen d'une anse de fil passée à travers. Au bord de la langue, on fend la muqueuse du plancher de la bouche vers l'arrière, car sinon elle se déchire en tirant trop fort sur la mâchoire. Alors apparaissent, la veine linguale allant en arrière et en dehors sur la face externe du muscle hyoglosse, et le nerf lingual allant en avant le long du bord de la langue, immédiatement sous la muqueuse.

Le grand hypoglosse monte au bord antérieur de l'hyoglosse, allant en avant et en dedans, sur la face externe de ce muscle, pour pénétrer dans les fibres du génio-glosse. Diviser l'hyoglosse au thermocautère, puis, tirant fortement la langue en avant, diviser la muqueuse, également au thermocautère, en arrière et à distance du néoplasme.

Sectionner le stylo-glosse et le glosso-pharyngien, puis si la tumeur a envahi la base de la langue, le voile ou la paroi latérale du pharynx, il faut diviser la muqueuse en avant de l'amygdale, détacher et soulever cet organe à sa face externe, sectionner le voile du palais aussi loin que possible en divisant les péristaphylins. Toujours au thermocautère, la muqueuse de la face postérieure du pharynx est incisée sur le muscle long du cou et en avant

sur la base de la langue. Finalement, on divise la langue elle-même en tissu sain. On a épargné ainsi autant que possible les muscles et les nerfs dans le but de ne pas entraver le mécanisme de la déglutition.

*Moyens de contention employés pour la suture
du maxillaire*

Cette question n'entrant pas directement dans le cadre de notre sujet, nous nous contenterons d'énumérer simplement les divers procédés employés pour réaliser la contention de cette véritable fracture du maxillaire inférieur.

Ce sont d'abord les bandages et les frondes de toute formes ; la ligature des dents à l'aide d'un fil métallique ; la double pression exercée sur l'arcade dentaire et la base de la mâchoire. Ici se placent les appareils de Hougelot et de Morel-Lavallée (plaques de gutta) ; la contention par les sutures métalliques et les chevilles d'ivoire employée par un grand nombre d'auteurs avec des procédés différents.

Résection temporaire. — 1° Du corps du maxillaire, opération faite par Bœckel (en 1863) qui sépara toute la partie moyenne du maxillaire (entre les deux faciales), la rabattit en avant, puis la remit en place par suture, une fois la tumeur linguale enlevée. — 2° De la partie latérale du corps, 1^{re} opération de Billroth en 1861, opération répétée par Albert d'Insprück. — 3° De la branche montante, 2^{me} opération de Billroth.

Résection permanente. — On la pratique surtout lorsque l'os est envahi par le néoplasme ; on peut pour plus de facilité désarticuler un des côtés de la mâchoire. Cette

opération, effectuée d'abord par Maisonneuve, fut refaite par Langenbeck, Kocher, etc... Elle a eu dans ces derniers temps un regain de faveur.

Procédé de M. Vallas. — Décrit à la Société de chirurgie de Lyon en mai 1902.

Dans ce procédé on enlève tout en bloc tumeur et lymphatiques sans sectionner ces derniers qui pourraient inoculer le champ opératoire.

« Je cerce la tumeur, dit M. Vallas, y compris ses ganglions, par une incision, j'enlève ensuite tous les ganglions en liant à mesure les branches carotidiennes, parfois la carotide même. Je pousse ensuite très haut la dénudation du maxillaire, je sectionne l'apophyse coronoïde aux ciseaux pour éviter l'arrachement du temporal qui est une mauvaise manœuvre. Je coupe alors la muqueuse au ras des dents, ouvrant alors seulement la cavité buccale. Je sectionne le maxillaire sur la ligne médiane, puis la langue, aussi loin que possible des limites de la néoplasie. Tout est ainsi enlevé en bloc. »

En résumé, il faut enlever en masse le cancer avec ses lymphatiques, et pour cela enlever même le maxillaire.

De ce procédé on peut rapprocher celui décrit par Mac Cornick à la 5e session du Congrès de médecine de Brisbane (Australie), 1903.

Ce procédé consiste à enlever en un seul bloc les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et sous-linguaux, ainsi que les glandes salivaires des mêmes régions, la moitié du maxillaire inférieur et la moitié de la langue, en liant l'artère linguale et dans certains cas la carotide externe, et en incisant la lèvre inférieure.

Syme, au lieu de lier la carotide externe, place des pinces et pratique la ligature des vaisseaux coupés avant de suturer, dans le but d'éviter les hémorragies secondaires.

VOIE SUS-HYOÏDIENNE

On pourrait citer ici un assez grand nombre de procédés ; le premier en date est celui de Regnoli, publié dans la *Gazette médicale de Paris* en décembre 1838. Il consiste dans les divers temps suivants :

1° Incision verticale allant de la symphyse du maxillaire à l'os hyoïde ; et deuxième incision perpendiculaire à la première allant d'un masséter à l'autre en suivant le bord inférieur du maxillaire ;

2° Détacher au bistouri boutonné les digastriques, les mylo-hyoïdiens ; couper la muqueuse jusqu'aux piliers du voile du palais ;

3° Par la brèche ainsi formée, attirer la langue avec une pince et la sectionner par un moyen d'exérèse quelconque.

Les procédés de Michel (de Nancy) (1856), de Czerny (1870), de Billroth (1873), de Verneuil (1880) peuvent être rapprochés du procédé de Regnoli.

Ces procédés par la voie sus-hyoïdienne constituent un grand progrès. Ils rendent inutiles les fractures du maxillaire ; ils permettent l'ablation des ganglions sous-mentaires, sous-maxillaires, et de la glande sous-maxillaire elle-même. Ils facilitent l'hémostase par la ligature préalable des linguales, et la section de la langue en mettant l'organe, attiré dans la plaie, directement sous les yeux de l'opérateur.

Mais à côté de ces avantages ils présentent un inconvénient capital ; ils ne permettent pas d'explorer la région ganglionnaire jugulaire. Aussi, malgré tous leurs mérites, ce sont des procédés incomplets.

Le procédé employé par Kocher en 1880 est bien supérieur à ces derniers procédés. C'est une opération plus compliquée que les précédentes, car on fait ici la trachéotomie et la ligature préventive de la linguale et de la faciale d'un ou des deux côtés.

Nous n'insisterons pas sur cette opération, ayant décrit plus haut les modifications que Kocher avait apportées à son ancien procédé et qui en avait fait une méthode nouvelle que nous avons exposée en détails.

Le procédé de Kocher a été repris par M. Morestin qui lui a donné plus de simplicité, plus de méthode, plus de bénignité.

PROCÉDÉ DE M. MORESTIN, exposé tout au long dans les rapports du Congrès français de chirurgie. Paris, 1901.

1^{er} temps. — Incisions tégumentaires, une longeant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'autre, s'appuyant sur la première, coupe transversalement la région sus-hyoïdienne à égale distance du bord de la mâchoire et de l'os hyoïde.

2^{me} temps. — Les lambeaux étant réclinés avec des pinces de Kocher, les aponévroses excisées, on met à nu le digastrique pour le faire servir de repère dans le curage des deux régions sus-hyoïdienne et carotidienne. La glande sous-maxillaire est tirée et saisie avec une pince de Museux ; la sous-mentale liée en avant d'elle, la linguale en arrière. Le canal de Wharton étant sectionné, on enlève la glande et les ganglions. Le bistouri suit le tronc veineux thyro-linguo-facial qu'il supprime avec le tissu cellulaire qui l'entoure et arrive ainsi à la région carotidienne. On s'attaque avec grand soin aux ganglions, depuis le ventre de l'omo-hyoïdien en bas jusqu'au-dessous du digastrique

où il y a fréquemment un ou deux ganglions. On supprime tout ce qui est malade et suspect : sterno-mastoïdien, jugulaire interne, si elle adhère aux ganglions, pneumogastrique même, ce qui se fait sans inconvénients, à condition que ce soit d'un seul côté.

3^e temps. — La plaie du cou est protégée par un lit de compresses, et l'on procède à l'ouverture de la bouche et à la section de la langue. Un premier coup de ciseaux débride la sangle mylo-hyoïdienne ; un second coupe la muqueuse. La langue, saisie avec une pince de Museux, est attirée par la brèche à l'extérieur et fendue en deux, selon sa longueur, jusqu'à la racine. La section se fait à blanc même lorsqu'on a omis de pincer la linguale. Transversalement en arrière, on sépare de ses attaches postérieures la moitié malade qui tombe aussitôt.

4^e temps de réparation et de ligatures. — On isole avec soin la région carotidienne de la région sus-hyoïdienne qui est infectée par sa communication avec la bouche. Pour cela le sterno-mastoïdien est rapproché du bord postérieur du digastrique et suturé avec lui. De plus, des crins passés dans le bord antérieur du ventre postérieur du digastrique, traversent la peau et reçoivent entre eux un bourrelet de gaze sur lequel on les noue de manière à appliquer exactement par compression la peau sur le muscle et à produire ainsi entre les deux régions une nouvelle barrière isolante.

Un drain sort au point le plus déclive de la région carotidienne.

On passe à la réparation de la langue. La partie libre est reconstituée par suture à la soie fine des deux bords de la tranche de section. La partie adhérente de la base est libérée par une incision transversale, attirée au contact du maxillaire et maintenue par quelques points également

à la soie fine. Pour plus de précaution, deux crins traversent la base de la langue, passent à travers les parties molles sous ou derrière la mâchoire pour venir se lier sur une lanière de gaze placée extérieurement. Suture de l'incision de la région sus-hyoïdienne en laissant au milieu un orifice par lequel on introduit un drain et une mèche de gaze iodoformée bourrant mollement la plaie.

Le procédé que nous venons d'exposer s'applique aux cas où le cancer reste cantonné à la moitié antérieure de la langue. Lorsque le cancer envahit toute la langue, qu'il siège à la partie postérieure, ou sur la ligne médiane, M. Morestin a spécifié fort nettement au dernier Congrès de la Société de chirurgie tenu à Bruxelles en septembre dernier, qu'il faudrait enlever toute la langue et faire le curage des régions ganglionnaires des deux côtés, et s'il s'agit d'un cancer de la base de la langue empiétant presque toujours sur le pharynx, il fait systématiquement la résection de la branche montante du maxillaire supérieur. C'est ce dernier mode opératoire que M. Poirier a proposé en avril 1902 d'ériger en méthode générale curatrice du cancer de la langue, avec cette variante néanmoins, qu'il fait l'ablation de la langue par les voies naturelles, à la manière de Whitehead. Il cherche, en sectionnant la langue par les voies naturelles, à isoler de la bouche la plaie du cou. Voici d'ailleurs ce procédé tel qu'il a été présenté par son auteur à la Société de chirurgie, le 23 avril 1902.

Procédé mixte combinant la voie buccale et la voie sus-hyoïdienne bilatérale, avec interposition du mylo-hyoïdien.

PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR POIRIER (Soc. de chir., 23 avril 1902). — Première incision longue de 15 à 20 centimètres suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, incision étendue de la dépression toujours sensible en arrière de l'angle de la mâchoire jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. On tâche de ne point dépasser en haut le niveau de l'angle maxillaire pour épargner autant que possible les filets cervicaux du facial, dont quelques-uns sont cependant souvent coupés.

Cette incision qui comprend la peau, le peaucier et l'aponévrose, coupe d'ordinaire une ou deux jugulaires externes dont les bouts sont liés de suite pour ne pas embarrasser le champ opératoire par la présence de pinces hémostatiques.

Sur cette première incision on en fait tomber perpendiculairement une seconde commençant à un centimètre en dehors de la symphyse mentonnière et rejoignant la première vers le bord supérieur du cartilage thyroïde. On dissèque les deux lambeaux cutanés ainsi formés, et on les saisit par le sommet avec des pinces de Kocher.

Puis, procédant comme pour les ligatures de la carotide externe, l'on dégage le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on reconnaît, lie et coupe une ou plusieurs veines thyro-linguo-faciales. Le plus souvent on constate alors la présence d'une chaîne ganglionnaire masquant les vaisseaux et parfois adhérente à la veine jugulaire interne.

La recherche et le dégagement de ces ganglions est un temps long, délicat, mais essentiel et utile, et de l'accomplissement intégral duquel dépend l'avenir. Les ganglions les plus gros et les plus nombreux sont généralement vers la bifurcation des carotides ; de là il faut remonter le long de la jugulaire jusqu'au trou déchiré postérieur et descendre jusqu'au-dessous de l'omo-hyoïdien où se trouvent normalement les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie antérieure de la langue. Si les ganglions sont nombreux et adhérents, il faut sacrifier tout ce qui y touche, jugulaire interne entre autres organes. L'aspect des ganglions est variable ; ils peuvent être gros, rougeâtres, succulents, et se dégageant assez facilement des tissus voisins ; ce dégagement doit être opéré avec le doigt ou la sonde cannelée pendant qu'une pince fixe les tissus voisins ; il faut éviter avec soin de pincer les ganglions qui s'écrasent et sèment peut-être la dégénérescence épithéliale.

Tantôt ils sont moins colorés, plus durs, et très adhérents aux tissus voisins ; leur enlèvement devient alors plus difficile, car il faut procéder par dissection au bistouri en enlevant avec le ganglion la zone adhérente.

Ce curage une fois fait et minutieusement fait, la carotide externe ou bien les artères linguale et faciale sont alors liées près de leur origine. Procéder ensuite à l'ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions lymphatiques situés dans sa loge, l'hémostase étant faite chemin faisant. Recherche et ablation dans la partie antérieure de la plaie des ganglions sous-mentaux si fréquemment atteints et situés entre la symphyse mentonnière et l'os hyoïde.

Il importe alors d'explorer le bord supérieur de l'os hyoïde et de sa grande corne, la face externe et même

l'épaisseur de l'hyoglosse. Anormalement on peut rencontrer de très petits ganglions dans le triangle de la linguale ou sous la face profonde du muscle. On terminera cette première partie de l'opération par la suture des deux plaies, en ménageant à la partie inférieure un orifice pour le drainage.

On recommence identiquement la même opération de l'autre côté ; c'est le deuxième temps de l'opération totale.

Le troisième temps consiste dans l'ablation large de la tumeur linguale selon le procédé de Whitehead que nous avons décrit ci-dessus.

Tel est le procédé décrit par M. le professeur Poirier en 1902, procédé qu'il a modifié plus tard en y ajoutant la laryngotomie interericothyroïdienne. Ce procédé fait d'emprunts aux divers procédés en cours à cette époque, notamment à ceux de Whitehead et de Butlin, n'a de personnel que son extension à la totalité du territoire lymphatique de la langue, et la succession de ces temps divers en une séance unique. Mais c'est un procédé logique et anatomique, auquel Poirier est arrivé après avoir minutieusement étudié les voies de propagation du cancer de la langue.

PROCÉDÉS EN DEUX TEMPS

Nous en aurons fini avec l'étude des divers procédés d'extirpation des cancers de la langue, lorsque nous aurons signalé le procédé qu'emploient actuellement beaucoup de chirurgiens anglais, parmi lesquels Butlin, Jacobson, etc., et dont M. J.-L. Faure a précisé la technique.

PROCÉDÉ DE M. J.-L. FAURE. — Pour M. J.-L. Faure, on devra dans toute opération enlever largement le foyer.

du mal et la zone ganglionnaire sous-maxillaire, carotidienne, et sterno-mastoïdienne, du même côté, au minimum. Mais comment faudra-t-il s'y prendre pour y parvenir? Ici les hésitations sont permises et il est difficile, dit M. J.-L. Faure, de donner une règle précise.

« Il y a, quand on s'attaque au cancer, une règle, une loi, d'ailleurs évidente, et qui dit qu'il faut autant que possible enlever d'un seul bloc le néoplasme initial, les ganglions correspondants et les communications lymphatiques qui unissent le foyer néoplasique aux ganglions dégénérés. Cette façon de procéder applicable dans le cancer du sein ne l'est malheureusement pas dans le cancer de la langue; ici, en effet, la disposition anatomique rend la chose impraticable. Sans doute il est possible, il est même facile, en passant par la voie sus-hyoïdienne, d'enlever en un seul bloc une portion quelconque de la langue et la langue entière au besoin, avec le plancher de la bouche et toute la région sous-maxillaire et carotidienne, avec une partie du maxillaire lui-même. Malheureusement cette façon d'agir n'est pas sans inconvénient, et une opération ainsi conduite devient effroyablement grave. Dans la bouche on peut faire isolément des opérations étendues, sans que les malades en souffrent. Dans le cou, on peut faire des opérations démesurées, et qui restent, malgré leur étendue, d'une bénignité singulière: mais dès qu'on fait communiquer le foyer opératoire de la bouche avec celui du cou, le pronostic opératoire change du tout au tout.

L'opération devient meurtrière, les espaces cellulaires du cou, infectés par les sécrétions buccales, suppurent, il y a du côté de ces espaces cellulaires des absorptions toxiques massives, et un grand nombre d'opérés succombent dans les trois ou quatre premiers jours à l'infection, à la

septicémie, à des bronchopneumonies que les moyens de désinfection les plus énergiques et les plus assidus sont souvent impuissants à conjurer. De plus, le sacrifice d'une partie du maxillaire, indispensable lorsqu'il est envahi, contribue lui aussi à aggraver le pronostic et il vaut mieux le respecter toutes les fois qu'on le peut. »

Sur les conseils de Poirier, et pour éviter ces causes d'infection dues à la communication entre la plaie buccale et la plaie du cou, J.-L. Faure fait l'opération en deux temps.

Dans un premier temps on exécute une opération exclusivement buccale, dont la gravité est minimum. Dans un second temps, on exécute une opération exclusivement cervicale, dont la gravité est moins grande encore. Butlin (de Londres), à la suite d'une longue expérience personnelle, a été conduit à opérer également de cette façon.

« Toutes les fois, dit J.-L. Faure, que dans un cancer de la langue le plancher de la bouche ne sera pas pris et que l'opération sera matériellement possible, il faudra opérer le cancer de la langue en deux temps en respectant le plancher de la bouche. » Voici sa façon d'opérer : On commencera, bien entendu, par enlever le néoplasme lorsqu'il siège vers la pointe, vers la partie latérale, et même vers la base, près du pilier antérieur ; cela est facile. Après section des génio-glosses et du pilier antérieur du voile du palais, la langue se laisse attirer très loin en avant, et on peut, avec des ciseaux, l'enlever presque jusqu'à sa base. On fendra d'ailleurs, si c'est nécessaire, la joue depuis la commissure jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur.

Mais on pourra, la plupart du temps, se passer de cette manœuvre. Il n'y a guère que pour les cancers situés à la

base de la langue, tout à fait en arrière, vers l'épiglotte, que cette extirpation par la bouche est à peu près impossible. Mais pour les trois quarts antérieurs on y peut parvenir. On enlèvera donc la langue en quelques coups de ciseaux en respectant le plancher de la bouche. On suturera la plaie de la langue et on aura, en quelques jours, une guérison des plus simples. Lorsque le malade sera complètement rétabli, au bout de douze à quinze jours en moyenne, on exécutera alors l'opération du côté du cou, en disséquant les régions ganglionnaires, loin de la bouche, dans des conditions d'asepsie qui rendront cette opération presque inoffensive.

Tel est ce procédé qui, à notre avis, est le meilleur de tous pour les raisons que nous avons énoncées plus haut et dont la principale est l'absence de communication entre la plaie buccale et la plaie cervicale. D'ailleurs, M. le professeur agrégé Soubeyran a employé déjà un certain nombre de fois ce procédé, et il en a obtenu les meilleurs résultats. Nous sommes convaincu qu'en opérant de cette façon, on verra la mortalité s'abaisser dans des proportions considérables et qu'on aura plus de guérisons définitives que l'on n'en avait autrefois, parce que chacune des deux opérations pourra être faite plus complètement et plus soigneusement que par le passé. D'ailleurs, un coup d'œil jeté sur les statistiques données par M. Butlin au Congrès de Bruxelles suffisent pour montrer la supériorité de cette méthode.

Sur le grand nombre de cas qu'il a opérés, 44 fois il n'a pas eu recours à ce procédé, 12 guérisons durables (27,3 %) ; 70 fois cette méthode a été exécutée en toute rigueur, 24 guérisons durables (34,2 %) ; M. Butlin arrive même, en mettant hors de compte 13 malades, pour

des raisons diverses, au chiffre plus démonstratif encore de (42,1 %).

L'inconvénient qu'il y a à imposer deux opérations au malade est insignifiant à côté des avantages évidents qui doivent accompagner cette façon d'agir, et « nul ne saurait contester, dit J.-L. Faure, qu'il vaut mieux guérir un malade en lui faisant subir deux opérations successives que de le tuer sous prétexte de lui en épargner une. »

CHAPITRE II

RÉSULTATS IMMÉDIATS (GRAVITÉ)

Quelle que soit la méthode choisie par le chirurgien, le patient n'en restera pas moins exposé à une série d'accidents, quelques-uns très graves, particuliers à cette opération, car ils tiennent aux rapports intimes qu'affecte la cavité buccale avec les voies digestive et respiratoire. Nous retrouvons, en outre, les complications inhérentes à toute opération importante, tel le *schok opératoire*. Enfin, l'accident de beaucoup le plus redouté des anciens auteurs est l'hémorragie, qu'elle soit immédiate ou plus ou moins tardive.

Tout cet ensemble de causes défavorables a fait que pendant très longtemps la chirurgie du cancer de la langue mal dirigée, donnant les plus mauvais résultats, était, en France surtout, comme désespérée. Larrey, Richard, Desprès admettaient l'incurabilité du cancer de la langue. Écoutons la page éloquente de Mollière dans ses Cliniques de l'année 1888 : « Dans le but de faire autant que possi-

ble des ablations complètes, on a proposé toute une série d'opérations préliminaires. En premier lieu, la perforation du cou pour passer la chaîne de l'écraseur ; puis la ligature des linguales pour avoir la plaie exsangue. Sédillot pratiquait l'ostéotomie du maxillaire inférieur pour se donner du jour ; d'autres ont fait la résection du maxillaire inférieur. On a même pratiqué la trachéotomie pour éviter l'hémorragie dans la trachée et faire par la canule l'éthérisation.

« A quoi bon, Messieurs, je vous le demande, tous ces délabrements chirurgicaux ? Qu'avez-vous à espérer de semblables moyens, puisqu'en somme vous ne guérissez pas votre malade ? Vous prolongez sa vie et souvent pour un court laps de temps. Vous avez affaire à une constitution que le cancer a le plus souvent déjà minée et vous pratiquez des opérations longues, douloureuses et dont le malade n'aura pas le temps de constater les bénéfices. Il n'en sentira que les inconvénients pendant les quelques semaines qui lui restent à vivre. Mieux vaut une existence tranquille et courte, qu'un séjour indéfini dans un lit de douleur pour attendre la cicatrisation d'une plaie qui ne sera parfaite que quelques jours avant la récurrence. »

Dans la Clinique et Critique chirurgicale de Reclus nous lisons : « Presque toujours la récurrence survient avant la réparation de la plaie. Aussi serions-nous tenté de dire, quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est seule indiquée, peut-être serait-il plus sage, s'il n'existe quelque grave complication (hémorragie, douleurs intolérables), peut-être serait-il plus sage d'abandonner le malade à son sort déplorable. Il est triste, décidément, d'opérer des cancéreux ! et les illusions des jeunes chirurgiens sont de courte durée. »

Mais voici des paroles un peu plus rassurantes. Gosselin

disait : « L'expérience prouve qu'une certaine proportion de guérisons du cancer de la langue s'obtient par l'intervention chirurgicale. »

Verneuil avec beaucoup d'autorité proclamait : « j'affirme que nous guérissons le cancer de la langue. »

Voyons donc quelle est la mortalité opératoire dans le cancer de la langue. Il est difficile de la fixer de manière absolument correcte.

Et d'abord, il est évident que les dangers varient suivant l'étendue des lésions. L'ablation d'une minime partie, voire même d'une moitié de la langue, ne saurait être comparée pour sa gravité à l'ablation de la totalité de l'organe, surtout si cette ablation est accompagnée de la perte d'une plus ou moins grande partie du plancher buccal, de la région tonsillaire, de la paroi pharyngienne ou même d'une portion de la mâchoire inférieure. La mortalité est également influencée par le genre d'opération employé. Collins Warren a eu recours soit à la voie endobuccale, soit à la voie sous-maxillaire, soit à la voie transmaxillaire. La voie endobuccale, appliquée aux cancers en apparence nettement localisés, a été employée 20 fois avec une seule mort opératoire par infection (mortalité 5 %). La guérison durable, absence de récurrence après 3 ans, a été de 40 %. La voie sous-maxillaire (procédé de Kocher) a été utilisée 29 fois avec une mortalité de 10,3 % (infection, pneumonie). La voie transmaxillaire, avec section ou même résection de la mâchoire inférieure (opération de Sédillot ou de Syme) appliquée généralement aux cancers très avancés, a donné une mortalité énorme (4 morts sur 13 cas, soit 30,7 % de mortalité). La statistique que donne Whitehead nous fournit une preuve de cette différence de gravité. Sur 139 opérations, 66 furent simples, sans complications, et la mort ne se produisit que trois fois. Dans les 38 autres cas où l'opé-

ration nécessita de grands délabrements, il y eut 17 morts. Donc, si on fait le total, on a 139 cas avec 20 morts, c'est-à-dire une mortalité opératoire de 14,3 %. Il faudrait aussi tenir grand compte de la différence de gravité entre les différents cas.

L'on s'explique ainsi facilement les grandes variations que peut donner l'étude des statistiques des divers opérateurs.

Nous nous contenterons donc de rappeler le pourcentage de mortalité opératoire des divers chirurgiens.

Trendelenburg	Mortalité de 17,4 %
Schleëpfer	— — 20 %
E.-A. Barker	— — 23,8 %
Winiwarter	— — 28,1 %
Wolkmann	— — 4 %
Budinger	— — 10 %

Pour les auteurs plus récents, voici les proportions de leur mortalité opératoire d'après leurs résultats.

Noms	Nombre de cas	Morts	Pourcentage
1880. Kocher	14	1	7,1
1881. Wœlfle	44	9	17,6
1883. M. Baker	35	4	11,4
1885. Landau	25	7	25,8
1888. Meyer	26	2	8,3
1889. Ebrard (Tripier) ..	6	1	16,6
1890. Steiner	26	4	15,4
1891. Witehead	139	20	14,3
1893. Sachs	57	6	10,5

Noms	Nombre de cas	Morts	Pourcentage
1894. Bottini	100	7	7
1896. Binder	33	7	21,2
1898. Braun	68	16	22,8
1899. Lavisé	66	3	4,5
1900. Beroff	18	6	33,3
1901. Eicke	32	3	9,4
1901. Røediger	31	4	12,5
1901. M. Morestin	19	0	»
1902. M. Morestin	14	2	14,5
1903. Iahr	24	1	4,2
1903. Wheeler	61	1	1,6
1903. Boyd et Unwin . .	27	5	18,5
1903. Butlin	129	3	2,3
1905. Cobb	34	3	8,8
1905. Poirier	32	8	25,8
1908. Collins Warren . .	62	8	12,9
1908. Butlin	197	20	10
1908. Ribeira y Sano (Madrid)	43	8	16,25

On comprend qu'il est impossible ou à peu près de se baser sur ces statistiques pour juger de la valeur des divers procédés ; il faudrait en effet que les divers cas fussent semblables les uns aux autres, or nous savons combien ils diffèrent, soit par l'étendue de la néoplasie linguale, soit par le degré d'engorgement ganglionnaire, soit par le terrain sur lequel ils se développent. Mais, en prenant la moyenne de tous ces cas, on peut obtenir un chiffre qui exprime quelle est à peu près la mortalité opératoire dans le cancer de la langue.

Une chose pourra nous frapper, c'est que la mortalité

n'a pas diminué notablement dans ces dernières années pour ce genre d'opérations, alors que pour toutes les autres les statistiques se sont beaucoup améliorées. Cela tient à ce que tout d'abord on essaie aujourd'hui d'opérer des lésions très avancées que l'on aurait laissées évoluer à leur aise il y a dix ou quinze ans ; et de plus on étend les limites de l'opération soit sur la tumeur linguale, soit sur les masses ganglionnaires.

La moyenne que nous avons obtenue est de 12 % environ. C'est évidemment une grande mortalité, mais qui ne doit pas cependant effrayer, car en matière de cancer on a pu dire que toutes les audaces sont permises, du moment que le malade est prévenu des grands risques qu'il court, et qu'il veut bien affronter l'opération.

On verra cette mortalité diminuer dans de très grandes proportions, et les résultats devenir excellents lorsque les malades se présenteront de bonne heure au chirurgien, et que, pour les débarrasser de leur terrible maladie, il ne sera plus nécessaire de faire des délabrements considérables.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS (GUÉRISON)

Nous venons d'étudier la mortalité opératoire dans le cancer de la langue. Détournons nos regards de ce sombre tableau, et voyons au contraire les cas plus heureux où non seulement le succès opératoire a été obtenu, mais encore ceux, et ils sont relativement nombreux, où il y a des survies assez longues pour que l'on puisse les qualifier de guérisons.

Nous avons donné dans nos observations un certain nombre de cas qu'il nous a été possible de recueillir, où il y a eu survie appréciable, et ici, nous ne nous occuperons que des statistiques des auteurs où l'on peut établir la proportion des cas heureux par rapport au nombre total des opérations. Nous ferons donc ici pour les guérisons ce que nous avons fait ci-dessus pour la mortalité opératoire.

Dans le tableau sous-jacent, nous rapporterons avec le nombre des cas opérés par leurs auteurs, celui des gué-

risons maintenues après trois ans, et par suite le pourcentage de chacun d'entre eux en ce qui concerne le nombre total des cas.

Budinger (Clinique du professeur Billroth) donne comme proportion de guérison 15,6 %; Wælflier rapporte 14 %. C'est le même chiffre 14 % que l'on retrouve dans König, étudiant les cas opérés à la clinique de Götting, tandis qu'il n'est que de 9 % avec Krause.

Au dernier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, tenu à Bruxelles, des chiffres encore plus consolants ont été donnés : des 197 cas opérés par M. Butlin, 55 ont survécu de 3 à 32 ans, sans récurrence, et la plupart sont encore vivants et indemnes, dit M. Butlin ; cela donne une proportion de guérisons durables de 27,9 %, à coup sûr fort élevée relativement. Depuis 1895, M. Butlin complète le plus souvent son opération par l'évidement total du triangle cervical antérieur, de l'un ou des deux côtés, comme nous l'avons dit ci-dessus ; depuis cette date, dit-il, ses résultats sont bien meilleurs.

Les chiffres de guérisons durables auxquels il aboutit dans sa statistique personnelle sont, du reste, les plus élevés qui aient été produits jusqu'ici pour une série importante de cas. La proportion de 17 % que M. Collins Warren considère comme une moyenne assez générale est encore supérieure à celle que M. Bastianelli a pu obtenir sur un ensemble de 802 opérations, de provenances diverses, dont 584 avaient été suivies ultérieurement : 11,6 % des opérés avaient survécu sans récurrence plus de trois ans ; dans sa statistique personnelle M. Bastianelli arrive à 15 % ; toutefois les cancers de la pointe de la langue et de sa portion mobile lui ont donné 25 % de non récurrences durables, et ce fait correspond aux résultats de l'expérience commune.

Parmi les auteurs qui rapportent le nombre de leurs opérations et celui de leurs survies, nous citerons :

Noms	Nombre de cas	Guérisons	Pourcentage
1885. Landau.....	25	6	24
1888. Meyer.....	26	6	23
1889. Ebrard (Tripier) ..	6	2	33
1890. Steiner.....	26	1	3,8
1891. Whitehead.....	61	8	13,1
1893. Sachs.....	57	13	22,8
1894. Bottini.....	100	14	14
1896. Binder.....	33	8	24,2
1898. Braun.....	68	6	8,8
1900. Beroff.....	18	2	11,1
1901. Eicke.....	32	6	18,7
1901. Røediger.....	31	7	22,5
1903. Iahr.....	24	8	33,3
1903. Wheeler.....	61	5	8,2
1903. Boyd et Unwin...	27	6	22,2
1903. Butlin.....	117	32	27
1905. Cobb.....	34	5	14,7
1906. Poirier.....	31	5	16,1
1908. Butlin.....	197	55	27,9
1908. Ribeira y Sano...	43	17	39,5
1908. Dollinger.....	58	6	10,3

En réunissant ces diverses statistiques on obtient une moyenne de 18 à 20 % de guérisons durables ; c'est une proportion bien minime évidemment, mais qui sera grandement améliorée dans l'avenir, il faut le souhaiter.

La date de l'intervention reste d'ailleurs un des principaux éléments du pronostic d'avenir : sur 18 cas opérés de très bonne heure, on relève 8 guérisons durables (44,4 %). Aussi avec M. Butlin, peut-on dire que le progrès de la chirurgie pour le cancer de la langue dépendra surtout de la précocité du diagnostic et de l'ablation systématique des ganglions.

Nous allons citer ici un certain nombre de cas de longue survie sans récurrence que nous avons pu trouver dans la littérature médicale :

1. Buchanam — 30 ans — Edin. Med. Journ., 1894, p. 769.
2. Butlin — 24 ans — British Med. Journ., 14 février 1903, p. 353.
3. Heath — 23 ans — Lancet, 1899, p. 1355 (malade opéré en 1875, mort de vieillesse en 1899).
4. Reclus — 23 ans — Société de chirurgie de Paris, 23 avril 1902 (malgré un ganglion enlevé du côté opposé à la lésion, 1 an après l'opération).
5. Hutchinson — 19 ans — Arch. of Surg., 1898, p. 829.
6. Wheeler — 15 ans — Dublin Journ. Sc. Med., 1897.
7. Heath — 15 ans — Lancet, 1899, p. 1355 (malade opéré en septembre 1869, mort en 1884, à l'âge de 78 ans, sans aucune récurrence).
8. Reclus — 15 ans — Soc. Chir. de Paris, 23 avril 1902.
10. Withehead — (2 cas) 15 ans — Lancet, 1888 et 1891.
11. Tédénat — 13 ans — Montpellier Médical, 1902, n° 27.
12. L. Labbé — 13 ans — Soc. chir. de Paris, 9 mars 1904.
13. Butlin — 13 ans — Butlin et Spencer. Maladies de la langue, 2^{me} édition, 1904, p. 397.

14. Stonham — 13 ans — Clin. Soc. Trans., 1886, XIX, p. 312.
15. Broca — 12 ans — Soc. Chir. de Paris, 8 avril 1903.
16. Spencer — 12 ans — Butl. et Spenc. Mal. de la langue, p. 117.
17. Krönlein — (*in* Binder) 12 ans — Beitrage zur klin. Chir., 1896.
18. Reclus — 12 ans — Soc. Chir. de Paris, 23 avril 1902.
21. Iahr — 12 ans (3 cas) — Thèse Iéna, 1903.
22. Heath — 11 ans — Dubl. Journ. Sc. Med. 1897, p. 283.
23. Røediger — 11 ans — Thèse Heidelberg, 1901.
24. Reclus — 11 ans — Soc. Chir. Paris, 23 avril 1902.
25. Braun — 11 ans — Thèse de Berlin, 1898.
26. Berger — 10 ans — Soc. Chir. de Paris, 16 mars 1904.
27. Boyd et Unwin — 10 ans 1/2 — The Pratictioner, London 1903.
28. Tédenat — 10 ans — Province Médicale, 11 janvier 1908.
29. Ricard — 10 ans — Soc. Chir. de Paris, 16 mars 1904.
31. Iahr — 9 ans 1/2 — (2 cas) Thèse Iéna, 1903.
32. Roulier — 9 ans — Soc. Chir. de Paris, 23 avril 1902.
33. Braun — 9 ans — Thèse Berlin, 1898 (malade mort par cancer de l'œsophage au bout de ces 9 ans).
34. Lister — 9 ans — Cité par Hutchinson. British Med. Journ., 5 décembre 1891. Ablation de la langue et extirpation des ganglions un an après la première opération.
35. Kocher — 8 ans — Cité par W. Sachs. Arch. für Chir., 1890.

36. Ricard — 8 ans — Soc. Chir. Paris, 16 mars 1904.
37. Kocher — 7 ans — Cité par W. Sachs. Arch. für Chir., 1893.
38. Walther — Cas opéré depuis 7 ans et actuellement encore sans récurrence. Soc. Chir. Paris, 10 juillet 1907.
40. Quénu — 7 ans (2 cas) — Soc. Chir. Paris, 16 mars 1904.
41. Jahr — 7 ans — Thèse Iéna, 1903.
42. Tédénat — 6 ans — Voir observation première de notre thèse.
43. Wheeler — 6 ans — Dublin Med. Journ., 1897. — Mort à 73 ans, de vieillesse.
44. Whitehead — 6 ans — British Med. Journ., 2 mai 1891.
46. Eicke — 6 ans (2 cas) — Thèse de Breslau, 1901.
47. Labbé — 6 ans — Société de Chirurgie, 9 mars 1904.
48. Boyd et Unwin — 6 ans — The Practitioner, 1903.
49. Kocher — 6 ans — Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie, 1880.
50. W. Eicke — 5 ans 1/2 — Thèse Breslau, 1901.
51. Heath — 5 ans — Dublin. Med. Journ. Sc., 1897.
52. Quénu — 5 ans — Soc. Chir. de Paris, 16 mars 1904.
53. Berger — 5 ans — Soc. Chir. de Paris, 16 mars 1904.
54. Hartmann — 5 ans — Soc. Chir. de Paris, 23 mars 1904.
55. Rœdiger — 5 ans — Thèse Heidelberg, 1901.
56. Braun — 5 ans — Thèse Berlin, 1898.
57. Boyd et Unwin — 5 ans — The Practitioner. London, 1903.
58. Dudon — 5 ans — Bull. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1881.

60. Tripier — 5 ans $1/2$ (2 cas) — Ebrard, Thèse
Lyon, 1889.
61. Poirier — 5 ans — Académie de Médecine, 30 octo-
bre 1906.
62. Poirier — 5 ans — Académie de Médecine, 30 octo-
bre 1906.
-

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Epithélioma de la moitié gauche de la langue. — Ganglions sous-maxillaires durs, mobiles. — Ablation de toute la chaîne ganglionnaire avec excision de la moitié supérieure de la veine jugulaire externe. — Ligature de la linguale. — Amputation totale de la langue par le procédé de Whitehead. — Guérison ayant persisté 6 ans, jusqu'à la pneumonie.

Louis C... 48 ans. Père et mère bien portants. Une sœur plus jeune morte de fièvre typhoïde.

Louis C... a eu la syphilis à 21 ans, s'est longtemps soigné; il a deux enfants bien portants (15 et 11 ans). Il fume la cigarette très peu; ne fait pas d'excès de boissons.

Il y a six mois, ulcération à la partie moyenne du bord gauche de la langue, cautérisée à plusieurs reprises avec la pierre infernale. Il y a trois mois, iodure de potassium

qui aurait, d'après le malade, aggravé rapidement l'ulcération ; depuis deux mois douleurs dans l'oreille.

A son entrée à l'hôpital (3 mai 1897) : ulcère profond à bords durs, fissurés, occupant toute la moitié gauche de la langue qui a peu à peu perdu de sa mobilité. Menus ganglions durs et mobiles dans la région de la glande sous-maxillaire. Salivation pénible. Quelques douleurs dans l'oreille.

6 mai. — Après lavages antiseptiques répétés depuis son entrée, anesthésie au chloroforme avec les tubes nasaux et l'entonnoir de Mickulicz. Incision convexe en bas de la symphyse jusqu'à l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien. Seconde incision de l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de la clavicule, le long du bord interne du sterno-mastoïdien. Dissection des lambeaux cutanés qui sont érigés, l'interne en dedans, l'externe en dehors, le supérieur sur la face. Dissection en bloc des ganglions sous-maxillaires, de la glande, ligature de la faciale, de la linguale. Le bord antérieur du sterno-mastoïdien est mis à nu, relevé. Quelques ganglions adhérents à la jugulaire interne au voisinage de la bifurcation de la carotide primitive. Cette veine est dénudée, séparée de la carotide et sectionnée entre deux ligatures à deux travers de doigt au-dessous de la bifurcation. Le segment supérieur est facilement séparé de l'artère, grâce au fil de ligature qui sert à de légères tractions ; avec lui sont enlevés les ganglions qui longent sa partie interne, peu d'hémorragie, la veine est liée sous la parotide ; les plans musculaires sont bien dénudés. Suture de l'incision.

L'excision des ganglions, de la veine et de la gangue connective a duré une demi-heure. Séance tenant ampu-

tation totale de la langue à la Whitehead. Pas d'hémorragie post-opératoire. Shcok opératoire léger.

Guérison complète le 28 mai. Elle a persisté jusqu'en juillet 1903, où le malade est mort de pneumonie aiguë et sans la moindre trace de récurrence. Il parlait de façon presque parfaite.

OBSERVATION II

(Présentée à la Société des sciences médicales, le 9 mai 1902
par le Dr Soubeyran.)

Épithélioma lingual à siège exceptionnel. — Ablation par voie buccale.

Jean G..., âgé de 61 ans, employé d'octroi, est un sujet encore vigoureux, qui a toujours fumé la pipe et le cigare, et qui entre dans le service de M. le professeur Tédénat, le 19 février 1902, pour une tumeur siégeant à la face inférieure de la langue. Cette tumeur a débuté il y a environ quatre mois par une petite saillie, qu'un pharmacien bien intentionné a jugé bon de cautériser à quatre ou cinq reprises avec le crayon de nitrate d'argent. La tumeur a grossi, ne déterminant aucune gêne fonctionnelle, aucune douleur ni aucune hémorragie. Cependant, depuis quelques jours, le malade ressent de petits élancements dans l'oreille droite.

A l'examen, on trouve à la face inférieure de la langue, dans sa moitié droite, une tumeur qui est située à deux centimètres de la pointe, assez loin du bord droit, plus près de la ligne médiane, empiétant en arrière sur la

région du frein ; sa forme est celle d'un ovoïde à grand axe parallèle à celui de la langue, elle est longue de un centimètre et demi, elle fait une saillie marquée, et ses bords sont à pic et surélevés de un à deux millimètres, elle se termine par un plateau assez régulier. A la palpation, elle est dure, sa base est peu profonde. La langue est souple et mobile, à peine note-t-on une gêne légère à la parole ; le plancher buccal est normal, aucun ganglion n'est perceptible au toucher.

M. Tédénat opère ce malade le 13 février 1902. La langue est attirée au dehors, un coup de ciseaux la sépare en deux moitiés suivant la ligne médiane, un autre passant en arrière de la tumeur sépare la moitié antérieure droite de l'organe, siège du mal, puis les deux surfaces sont réunies. Dix jours après, le malade sort bien cicatrisé. Deux ans après, ce malade était encore guéri, depuis lors plus de nouvelles. L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Bosc, a montré un épithélioma pavimenteux lobulé.

Malade revu en bonne santé par M. le professeur Tédénat, fin décembre 1904.

Boyer attribuait une grande valeur, au point de vue du diagnostic, au siège du cancer de la langue, et il assignait : 1° au cancer, la pointe et les bords ; 2° aux tumeurs gommeuses, la partie médiane et la base.

Morestin (Traité de Le Dentu et Delbet) écrit : « Il y a deux sièges d'élection, la partie moyenne des bords et la base de la langue, au niveau du sillon glosso-amygdalien. Dans ce dernier cas, l'épithélioma infiltre rapidement le pilier antérieur du voile du palais et se propage vers le larynx ; dans le premier cas, c'est le plancher de

la bouche qui est rapidement menacé. Le côté gauche, sans qu'on puisse en fournir la raison, paraît un peu plus prédisposé que le côté droit. »

Enfin Broca (Traité de Duplay et Reclus) précise davantage encore : « Son siège à peu près exclusif est le dos de la langue, rarement la base, et c'est comme rareté que l'on cite l'observation de Roux (de Brignoles), où il occupait la région du frein. »

Dans notre observation le siège était, comme nous l'avons indiqué, la face inférieure de la langue, près de la ligne médiane et près également du frein. Ce siège très exceptionnel méritait d'être signalé.

M. TÉDENAT. — J'ai vu un grand nombre de cancers épithéliaux de la langue, et dans un seul autre cas la tumeur siégeait à la face inférieure à un centimètre du bord. Chez un malade de 65 ans, j'ai enlevé un épithélioma à surface uniforme du volume d'un pois qui siégeait à l'orifice du canal de Wharton. C'était un épithélioma lobulé. Le malade resta guéri et mourut à 78 ans d'une fluxion de poitrine, sans sténose du canal de Wharton.

OBSERVATION III

Inédite)

(Service de M. le professeur Tédénat. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran, chef de service intérimaire)

Enorme cancer lingual propagé au plancher et au maxillaire. — Ablation en bloc par la voie transmaxillaire, de la langue, du plancher, du maxillaire inférieur. — Evidemment ultérieur ganglionnaire. — Bon résultat.

Antoine A..., 55 ans, entre à l'hôpital Suburbain de Montpellier, le 7 août 1908. Le malade s'aperçut un jour,

il y a deux ans, qu'il avait sous la langue une petite tumeur grosse comme un pois et qui ne le gênait pas trop à ce moment-là. Depuis un an cette tumeur a beaucoup grossi en faisant éprouver au malade de vives douleurs.

Actuellement, à l'examen on trouve une langue tuméfiée surtout du côté gauche, bourgeonnante et ulcéreuse. Le plancher de la bouche est envahi, le maxillaire inférieur également, les dents sont branlantes, quelques-unes sont tombées, celles qui restent sont envahies depuis la ligne médiane jusqu'au bord antérieur du masséter gauche. Il y a de nombreux ganglions sous-maxillaires, carotidiens, sterno-mastoïdiens, on sent même un ganglion sus-sternal gros comme une noix et situé juste au-dessus de la fourchette du sternum.

Comme antécédents, il n'y a rien à signaler.

Le 10 août, M. le professeur Soubeyran pratique l'opération par la voie transmaxillaire. Dans un premier temps, on fait une section médiane et verticale de la lèvre inférieure jusqu'à l'os hyoïde, et on dénude la face externe de la branche gauche du maxillaire inférieur.

Dans un second temps, on scie le maxillaire inférieur. Un premier trait de scie passe un peu à droite de la ligne médiane, un second à gauche, un peu en avant du bord antérieur du masséter gauche, de manière à circonscrire et à dépasser même les limites du néoplasme.

Dans le troisième temps, on passe un fil à la pointe de la langue, on sectionne ses muscles; on sectionne d'abord les piliers, puis la base, en conservant intact le plancher tenant d'une part à la langue et d'autre part au maxillaire inférieur. Puis ablation de la langue.

Quatrièmement, on pratique l'évidement de la loge sous-maxillaire gauche que l'on a sous les yeux. On fait les ligatures, les sutures, le drainage, le tamponnement.

Quinze jours après, le 25 août, le malade étant remis de son opération, nouvelle intervention pour enlever les ganglions. Ablation des ganglions sous-maxillaires et sus-sternaux des deux côtés. Sutures et pansement.

Dix jours plus tard, le 4 septembre, le malade sort de l'hôpital, guéri et parlant bien.

Revu en novembre 1908, le malade continue à aller très bien, et n'a pas fait de récurrence, du moins encore.

OBSERVATION IV

(Communiquée à la Société des sciences médicales de Montpellier, séances des 13 mars et 29 mai 1908, par M. le professeur agrégé Soubeyran.)

Volumineux cancer lingual. — Evidemment ganglionnaire bilatéral, ligature des carotides externes. — Ablation buccale de la langue. — Guérison. — Récurrence ganglionnaire.

Jean P... (de Vias), âgé de 48 ans, entre le 1^{er} août 1907 à l'hôpital Suburbain (salle Bouisson), pour un épithélioma de la langue qui a débuté, il y a environ deux mois et demi, sur le bord droit de cet organe.

La tumeur a rapidement grossi, s'accompagnant de vives douleurs dans l'oreille et des troubles fonctionnels habituels.

A l'examen, on trouve une langue très augmentée de volume ; la tumeur siège à droite et elle occupe tout le côté correspondant jusqu'à un demi-centimètre de la pointe ; elle est ulcérée, bourgeonnante, un enduit blanchâtre et fétide la recouvre, le plancher buccal est envahi par les bourgeons jusque contre le maxillaire inférieur, qui cependant est intact.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont gros au niveau du côté droit, certains ont le volume d'une noisette. A gauche ils sont plus petits, mais on les perçoit facilement.

L'état général n'est pas altéré. Le malade n'est pas un fumeur, ni un syphilitique.

Il est opéré le 3 août 1907 et nous pratiquons l'opération telle que l'a réglée Poirier.

1° Longues incisions cervicales, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et sur lesquelles se branchent les incisions sous-maxillaires.

Ligature (à droite d'abord) de la carotide externe, ablation des ganglions sous-maxillaires et des ganglions carotidiens (cinq ganglions sont enlevés de ce côté). Même opération à gauche (deux ganglions seulement sont rencontrés), drainage bilatéral.

2° Ablation par voie buccale, à la manière de Whitehead, de la langue en totalité. Ce temps est pénible à cause du gros volume de la langue ; la muqueuse du plancher est enlevée tout le long du maxillaire inférieur, et il existe un certain saignement qui nécessite deux pinces à demeure et un tamponnement assez serré.

L'opération a duré cinquante-cinq minutes. Les suites opératoires furent excellentes : pas d'hémorragie, pas d'infection. Le 8 août, le malade se lève, il boit seul et commence à parler distinctement. Ils sort complètement guéri le 20 août.

Le 29 mai 1908, à la Société des sciences médicales, M. le professeur agrégé Soubeyran présenta le malade en ces termes : « Je suis très heureux, Messieurs, de vous présenter le malade dont je vous ai donné l'observation il

y a quelque temps et que j'avais opéré, il y a près d'un an, en lui faisant l'évidement bilatéral du cou avec ligature des carotides externes et en lui enlevant par la bouche cette volumineuse langue que vous pouvez encore voir dans ce bocal.

Si vous examinez ce malade, vous constaterez qu'il présente un état buccal parfait, sans aucune trace de récurrence : le plancher de la bouche porte la cicatrice qui résulte de l'ablation totale de la langue, au fond vous voyez se dresser l'épiglotte ; le malade parle assez bien, il mange facilement et il a fort engraisé, son état général est excellent. Au niveau du cou, vous verrez les cicatrices des incisions destinées à enlever les ganglions. Mais à la partie inférieure du côté droit, dans le triangle sus-claviculaire, nous trouvons un ganglion, du volume d'une noix, et c'est ce qui nous vaut la visite de ce malade auquel nous conseillons l'ablation de cette glande. Ce complément d'observation nous montre :

1° Que, malgré le volume énorme de la tumeur, il a été possible de l'enlever dans son entier, et largement puisqu'il n'y a pas de récurrence buccale ;

2° Que l'ablation des ganglions est parfaitement légitime et que l'on doit les rechercher, bien qu'ils ne puissent toujours être perçus à travers la peau ;

3° Qu'il est inutile, ainsi que l'avait d'ailleurs affirmé Poirier, d'enlever ce terrain intermédiaire situé entre le cancer lingual et les ganglions, c'est-à-dire le plancher buccal et la région sus-hyoïdienne : les lymphatiques vecteurs de l'agent néoplasique ne conservent pas cet agent ; des examens histologiques répétés l'ont montré à Poirier.

OBSERVATION V

(Inédite)

(Professeur Tédénat)

Epithélioma lingual. — Opération. — Guérison

Félix P... , représentant de commerce, entre, le 20 novembre 1901, à l'hôpital Suburbain, pour une tumeur ulcérée du côté droit de la langue.

Antécédents héréditaires. — Parents morts vieux, un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — A eu un chancre syphilitique à 20 ans, avec plaques à la gorge, s'est bien soigné pendant 2 ans. Pleurésie à 21 ans, fume beaucoup la cigarette, éthylysme modéré, pas de blennorragie.

Début. — Il y a deux mois, par une plaque blanche sur le côté droit de la langue, le malade l'a brûlée avec du sulfate de cuivre ; elle s'est ulcérée il y a un mois et la tumeur a grossi.

Le 5 novembre, M. Tédénat, hésitant, prescrit des injections de sels de mercure qui n'ont rien fait. Le malade ressent des douleurs modérées dans l'oreille droite depuis un mois, mais cela ne le gêne pas trop. La tumeur ne saigne pas, elle gêne la mastication.

Etat actuel. — Le malade n'a pas maigri, ne tousse pas, cœur normal, urination normale.

Examen. — Sur le côté droit de la langue on trouve une tumeur ulcérée, sanieuse, grisâtre. Elle est du volume

d'une pièce de 2 francs, ne saigne pas, siège à 3 centimètres de la pointe, odeur infecte.

A la palpation on ne trouve pas une base s'étendant profondément ; en avant et en arrière la langue est souple. Rien au plancher, pas de ganglions au cou.

21 novembre. — Opération sans anesthésie. Mise en place d'un fil, section médiane de la langue jusqu'à ce qu'on ait dépassé la tumeur, puis forcipressure du pédicule, section aux ciseaux. Ligatures au fil de lin, bourrage à la gaze aseptique. Très peu de sang perdu.

22 novembre. — Le malade va bien, il n'a pas perdu de sang.

30 novembre. — Un peu d'hémorragie dans la bouche.

6 décembre. — Ablation des fils.

15 décembre. — Sort cicatrisé et ne souffrant pas.

Le malade est venu voir M. Tédénat le 20 mai 1904 avec de gros ganglions sous-maxillaires, mais sans récurrence à la langue.

OBSERVATION VI

(Inédite)

(Professeur Tédénat)

Jean R..., propriétaire, entre le 15 février 1901 à l'hôpital.

Rien à signaler comme *antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Fumait 15 cigares par jour ; pas d'alcoolisme. Sujet très robuste et très conservé, n'a pas maigri. Pas de plaques

de psoriasis antérieures. Le malade, fumant beaucoup, s'aperçut, il y a un an, qu'il avait un point sur le côté gauche de la langue où il éprouvait de fortes cuissons. Depuis deux mois est apparue en ce point une petite tumeur. Cette tumeur ne lui a jamais causé la moindre douleur.

Etat actuel. — Tous les appareils parfaits.

Examen : A un centimètre de la pointe de la langue et sur le bord droit, on trouve une ulcération peu profonde, rouge vif, grande comme une pièce de cinquante centimes ; les bords en sont nets, surtout en arrière. Le fond, très rouge, saigne facilement, on sent une large base indurée. Le reste de la langue est blanchâtre, le plancher de la bouche n'a rien. Pas de ganglions, mobilité parfaite, pas de gêne fonctionnelle. Pas de douleur à la pression. On donne un gargarisme au naphtolate de soude.

19 février. — Opération.

Section médiane, ablation de la moitié antérieure gauche, très en arrière de la tumeur ; hémostase facile. Suture avec rapprochement de la pointe gauche à la base droite. Opération bien supportée.

22 février. — Excellent état, pas de perte de sang.

25 février. — Ne souffre pas, langue a très bon aspect.

3 mars. — Sort bien guéri.

Récidive dans les ganglions, vingt mois après.

OBSERVATION VII

(Inédite)

(Professeur Tédénat)

Joseph F..., sabotier, entre à l'hôpital Suburbain, salle Bouisson, n° 12, le 5 novembre 1901, pour tumeur de la langue.

Père mort à 66 ans, de vieillesse, mère à 40 ans d'une fièvre ; deux frères morts, l'un ayant une maladie du foie avec ascite.

Il y a 20 ans, le malade eut une pleurésie qui guérit très bien. C'est un homme d'aspect malingre, qui a beaucoup maigri dans ces derniers temps.

La maladie actuelle remonte à quatre mois et a commencé par une induration sur le bord gauche de la langue. Cette induration a grossi, et ne croît plus depuis deux mois, elle ne saigne pas spontanément. Le malade a un peu souffert au début, mais il ne souffre presque plus actuellement ; il avoue seulement quelques rares irradiations douloureuses vers l'oreille gauche. Enfin il y a trois mois le malade s'est aperçu qu'il avait de petites glandes au côté gauche du cou.

Actuellement, le malade est blafard, amaigri, ses forces ont beaucoup diminué ; il ne tousse pas et ne crache pas.

L'auscultation du cœur nous révèle de la tachycardie et un dédoublement du 2^e temps ; pouls à 120, artères dures.

Urination normale, pisse deux ou trois fois dans la nuit.

L'appétit est conservé, le malade digère bien et n'est pas constipé.

A l'examen, haleine très fétide. Sur le bord gauche de la langue, à 4 centimètres de la pointe, on trouve une tumeur surélevée, à bords découpés et nets. Son sommet forme un plateau grand comme une pièce de 1 franc, qui s'excave à la partie postérieure et s'enfonce vers la base de la langue.

La tumeur est dure, saigne facilement, sa base est profonde et élargie. La langue est très mobile, la parole n'est pas gênée, le malade peut manger.

Au niveau du cou on trouve des ganglions : aucun à droite ; à gauche on en trouve un paquet compris entre le bord de la mâchoire, le cartilage thyroïde et le muscle sterno-mastoïdien. Ils sont gros comme des haricots, durs et mobiles. On en trouve encore un sur le côté droit de la nuque.

On donne au malade un gargarisme.

8 novembre. — Opération sur la chaise.

On donne un peu de chloroforme. On met un fil à la langue. Section du frein et des piliers ; hémostase. On enlève la langue par une incision oblique transversalement, de façon à en laisser davantage du côté droit qui est sain. Sutures au fil de lin du moignon, ligatures au catgut. Le malade a perdu assez de sang.

Mort deux heures après d'hémorragie pour laquelle on prévient trop tard. On fait illico des piqûres d'éther et de caféine, on pratique la respiration artificielle, mais rien ne peut le ranimer.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Paul R., Catalan, âgé de 59 ans, entre le 7 août 1905, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Tédénat, pour un cancer de la langue.

La maladie a débuté il y a deux mois, par une petite grosseur venue sur le bord gauche de la langue, et dont le malade n'était pas très incommodé.

Etat actuel. — A l'examen on voit sur la partie postérieure du bord gauche de la langue une tumeur de la grosseur d'une pièce de 1 franc, ayant la forme d'un champignon. Au côté gauche du cou, on trouve également à la palpation plusieurs ganglions sous-maxillaires et carotidiens de la grosseur d'une noisette.

10 août. — Opération par le procédé de Poirier. Ablation de six à huit ganglions carotidiens du volume d'une noisette; évidemment de la loge sous-maxillaire. Puis ablation de la partie gauche de la langue, ligatures, sutures. Suites opératoires normales. Sort guéri et parlant bien, le 1^{er} septembre. Non revu, ce qui semblerait prouver que le malade n'a pas eu de récurrence, car dans le cas contraire il serait venu consulter M. Soubeyran.

OBSERVATION IX

(Inédite)

(Professeur Tédénat)

Epithélioma lingual. — Amputation totale. — Guérison

Jacques R..., plâtrier, entre le 7 mai 1902, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Tédénat, pour tumeur de la langue.

A. H. — Père mort à 67 ans d'affection thoracique, mère morte à 38 ans de maladie inconnue. Un frère bien portant, aucun de mort. Cinq filles en bonne santé, un enfant mort-né.

A. P. — Fluxion de poitrine à 45 ans, pas de blennorragie, pas de syphilis; boit l'apéritif tous les jours, et a beaucoup bu dans sa jeunesse, fume la cigarette (2 sous par jour).

Sujet sec, vigoureux, n'a pas maigri, a souffert quelquefois des dents, plusieurs sont arrachées.

Il y a un mois, le malade s'aperçut qu'il avait un petit bouton sur la langue, et il éprouva vers le même temps de vives douleurs dans les dents du maxillaire inférieur gauche avec irradiations dans l'oreille gauche. La petite tumeur grossit peu à peu, gênant la mastication et la parole; jamais d'hémorragie, il n'a pas cessé son travail, et ne souffre plus depuis quinze jours.

État actuel. — Sujet maigre, sec, en bon état; ne

tousse pas. Cœur normal, artères dures, dort bien, ne souffre pas. Urination normale.

A l'examen, on trouve une tumeur siégeant sur le bord gauche de la langue, à 1 centimètre $1/2$ de la pointe. Elle offre les dimensions d'une pièce de 1 fr. Les bords sont fort irréguliers, déchiquetés, surélevés et épaissis, durs et très rouges. Le fond est anfractueux avec des débris grisâtres ; la tumeur ne saigne pas ; elle est dure, mais sa base paraît assez limitée. Mobilité normale.

Les ganglions sous-maxillaires sont durs et du volume d'un haricot ; on trouve deux ou trois ganglions sus-hyoïdiens plus petits, ainsi qu'un gros ganglion contre les vaisseaux à l'angle de la mâchoire.

10 mai. — Opération. Anesthésie au mélange d'éther et de chloroforme.

1^o Incision parallèle au maxillaire inférieur, à 3 centimètres, qui permet d'enlever deux ou trois ganglions gros et durs (noisette), infiltrés d'épithélioma, ainsi que la glande sous-maxillaire. Ligature de la faciale.

2^o Ablation de la langue — par la voie buccale, par le procédé de Whitehead — hémostase complète, ligatures au fil de lin. Une gaze dans la bouche, et une dans la plaie cervicale qui est suturée. Pas de perte sanguine abondante. On met une compresse de gaze sur les voies respiratoires pour éviter un air trop froid.

11 mai. — N'a pas saigné, ne souffre pas, facies très bon, pas de fièvre.

13 mai. — État continue à être excellent.

17 mai. — Premier pansement, pas de suppuration, réunion par première intention. Le malade prononce tous les mots malgré l'amputation.

29 mai. — Le malade est complètement guéri. Non revu.

OBSERVATION X

(Wheeler. — *Dublin Journal of medical sciences*, 1^{re} avril 1897)

Epithélioma de la langue. — Opération. — Survie de 6 ans sans récurrence

Un homme âgé de 60 ans vint me consulter pour une excroissance à forme épithéliomateuse qu'il avait sur la partie antérieure droite de la langue, s'étendant à 2 pouces 1/2 environ en arrière. Cela ne le gênait guère, sauf aux moments où il prenait ses repas. Les ganglions de la région n'étaient pas engorgés, comme nous le démontra un examen soigneux de la région sous-maxillaire. Je lui enlevai sa tumeur par la bouche. Après avoir ouvert la bouche au maximum, je fis avec les ciseaux une incision médiane, sur laquelle je fis tomber une seconde incision transversale, et je n'eus qu'à enlever la partie de la langue excisée.

L'anesthésie fut faite par le Dr Harley. Le Dr Foot, médecin habituel du malade, M. Stack, son dentiste, et le Dr Charles Lyster, de Kilkenny, assistèrent à l'opération. A l'examen microscopique nous nous rendîmes compte que la tumeur était un épithélioma.

Ce malade n'a jamais eu de récurrence ; six ans plus tard je fus appelé à le voir pour une obstruction intestinale qui durait déjà depuis environ une semaine. Le Dr Gordon le vit avec moi, et M. O'Grady assista à l'opération que nous lui fîmes à la dernière extrémité.

OBSERVATION XI

(Wheeler, — *Dublin Journal of medical sciences*, 1^{er} avril 1897)

Epithélioma de la langue. — Opération. — Guérison se prolongeant depuis
15 ans. *

Un forgeron habitant à Kilkenny, était atteint d'un cancer occupant la partie antérieure et latérale gauche de la langue, qui lui faisait souffrir des douleurs atroces. Sa bouche était constamment pleine d'une salive abondante et nauséabonde. Il entra dans mon service à l'hôpital, il y a dix-huit ans.

Les ganglions cervicaux du côté gauche étaient très volumineux, le plancher de la bouche n'était pas envahi.

J'incisai sa joue gauche, et l'hémostase étant faite, je passai à l'aide d'une aiguille un long fil à travers sa langue et en arrière des limites du néoplasme, puis, en arrière de ce fil j'enlevai la langue d'un trait de thermocautère.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée nous montra que c'était bien de l'épithélioma. Le malade se rétablit très bien.

Trois semaines après j'enlevai les ganglions qui avaient déjà diminué de volume, et j'enlevai également deux ou trois petits ganglions que je fus obligé de sculpter pour ainsi dire dans du tissu conjonctif très dense.

Il y trois ans, ce malade fut soigné à l'hôpital Saint-Marc pour une affection des yeux, et à cette occasion il vint à l'hôpital de la ville de Dublin où je le vis. Il y avait à ce

moment-là quinze ans que je l'avais opéré et il était encore sans récidence. Il est toujours vivant et aussi bien portant que jamais.

OBSERVATION XII

(Butlin. — *British medical Journal*, 26 mai 1906)

Le 25 août 1905, je fus consulté par un monsieur, âgé de 47 ans, pour un ulcère petit et lisse, mais légèrement induré et saillant, de la partie inférieure droite de la pointe de la langue. La surface était vernissée et rouge, comme la surface de plaques leucoplasiques. Pendant plusieurs mois il avait éprouvé de vives douleurs au niveau où se trouvait maintenant l'ulcère.

Le 10 mars son docteur le vit pour la première fois, et il m'écrivit qu'il avait trouvé seulement un petit ulcère qui paraissait sans importance. Il ne le vit plus jusqu'au 10 avril, et alors il fut surpris de trouver que l'ulcère non seulement n'était pas encore guéri, mais qu'il s'était élargi et qu'il était entouré par une zone considérable d'induration. Il n'y avait de ganglions sensibles ni au plancher de la bouche ni au cou.

Le 29 avril j'enlevai la lésion très largement; et à l'examen microscopique nous reconnûmes que la tumeur était un épithélioma.

Le 5 mai les ganglions furent enlevés par une large opération.

Ce malade continue actuellement à se bien porter sans aucune récidence.

OBSERVATION XIII

(Butlin. — *British medical Journal*, 26 mai 1906)

Vers la fin de septembre 1904, un homme âgé de 68 ans me fut envoyé par le docteur Rosburg, de West-sur-Mer, porteur d'une petite excroissance verruqueuse et blanchâtre sur le bord droit de la langue. Au toucher, je trouvais cette petite tumeur ferme, et je la considérai comme étant du cancer en perspective, ou bien un cancer actuel; mais je n'étais pas absolument fixé. Sur les deux bords de la langue on voyait des traces d'anciennes plaques de leucoplasie. Cet homme éprouvait des douleurs dans le bord droit de la langue depuis le mois de janvier de la même année 1904, où il se l'était mordue par accident. Le docteur Rosburg, son médecin, me dit qu'il l'avait examiné avec soin au commencement de juillet, et qu'il n'avait découvert qu'avec beaucoup de difficulté une toute petite éraflure qui se maintint pendant plus d'un mois. Du commencement du mois d'août au 17 septembre, le docteur Rosburg ne vit plus ce malade, et lorsqu'il le vit à nouveau, il trouva à sa grande surprise qu'une petite tumeur blanchâtre, avec une légère zone d'induration autour de sa base, avait remplacé l'éraflure. Cette fois, il m'envoya le malade à Londres pour venir me consulter.

J'enlevai le bord droit de la langue, et le microscope nous montra que c'était de l'épithélioma.

Dix jours plus tard je lui enlevai les ganglions du triangle antérieur du cou. Les ganglions furent coupés, et ils

ne nous présentèrent ni à l'œil nu, ni au microscope, l'aspect de l'épithélioma.

Ce malade, comme le précédent, se porte actuellement très bien, et il est sans récédive, ce qui est un très bon témoignage en faveur de l'opération large et précoce, avec ablation des ganglions. /

OBSERVATION XIV

(Butlin. — *British medical Journal*, 14 février 1903)

Opération de cancer de la langue. — Survie de 19 ans.

Dans le courant du mois de mai 1884, il y a par conséquent 19 ans, j'opérai un cancer de la langue chez un homme qui doit avoir actuellement entre 80 et 90 ans. Ce cas était particulièrement mauvais, je lui enlevai une partie considérable de la langue et les ganglions cervicaux du même côté.

Mon aide, M. Young, a reçu une lettre de sa fille disant qu'il était bien portant, et que depuis il n'avait jamais ressenti ni douleur, ni gêne au niveau du cou. Sa fille ajoutait qu'il serait bien venu me voir à Londres, mais qu'il en était empêché par une paralysie à peu près absolue dans laquelle l'a plongé il y a trois ou quatre ans une attaque d'apoplexie.

OBSERVATION XV

(Butlin. — *British medical Journal*, 14 février 1903)

Epithélioma de la langue. — Large ablation. — Guérison se maintenant depuis 4 ans.

Il y a quatre ans, je reçus la visite d'un gentleman, porteur d'un cancer, occupant le côté droit de la langue, en pleine évolution. Il avait une hypertrophie ganglionnaire très prononcée, qui avait mis longtemps à se développer.

Dans ce cas, je dus faire l'ablation totale de la langue, et trois ou quatre semaines après j'enlevai toute la chaîne ganglionnaire carotidienne. Puis, craignant de n'avoir pas enlevé une portion suffisante du plancher de la bouche, une deuxième fois je l'opérai, et cette fois je fis une incision qui me donna une large plaie allant de la bouche presque jusqu'à la clavicule. Mais, comme c'était un homme très vigoureux, il se rétablit très bien, malgré ces deux opérations. Alors, la maison de commerce dont il était un employé très actif me fit demander mon opinion sur les questions suivantes : D'abord, est-ce qu'il pourrait reprendre son travail, et secondement, combien de temps à peu près je pensais qu'il lui restait à vivre ?

Je répondis à la première question que si cela lui faisait plaisir de reprendre son travail, et pour moi c'était ce qu'il avait de mieux à faire, il pouvait le reprendre, car il était un homme d'affaires extrêmement précieux pour sa maison. A la seconde question, je répondis que pour moi il ne vivrait pas un an, et que je ne serais même pas surpris si dans six mois il était incapable de travailler.

En novembre 1901, il vint me voir un certain jour et me dit : « Savez-vous, M. Butlin, pourquoi je viens aujourd'hui ? » — Je répondis : non. Il reprit alors : « parce qu'il y a trois ans aujourd'hui que vous m'opérâtes pour la seconde fois. » Je l'ai vu de nouveau il y a deux ou trois mois, au moment où il allait partir en voyage pour la Chine ou le Japon, où sa maison de commerce a de grands intérêts, et je fus très satisfait, car je le considère comme un cas à peu près désespéré.

J'insiste beaucoup sur ces cas couronnés de succès, car beaucoup de chirurgiens éminents considèrent qu'aucune opération du cancer de la langue ne donne de résultats vraiment définitifs. C'est là une opinion qui est non seulement incorrecte, mais surtout méchante. Quant à la nature cancéreuse de ces tumeurs dans les deux cas que je viens de citer, cas que j'avais opérés à l'hôpital, elle fut démontrée par l'examen microscopique fait dans un laboratoire d'anatomie pathologique, et par suite pratiqué par d'autres que moi. Dans un certain nombre d'autres cas heureux que j'ai opérés, non seulement la langue était envahie, mais les ganglions enlevés étaient aussi épithéliomateux.

OBSERVATION XVI

(Poirier. — Société de Chirurgie, 2 mars 1904)

Epithélioma non ulcéré de la langue. — Opération. — Guérison

« G. A..., 65 ans, fumeur, non syphilitique, pas alcoolique; aucun antécédent morbide soit héréditaire, soit personnel; toutefois, vers l'âge de 5 ans, adénites cervicales suppurées dont les cicatrices sont encore apparen-

tes. Ce malade me fut adressé par le professeur Fournier ; il présentait un épithélioma lingual, dont le début remontait à environ 6 mois ; la tumeur, saillante, non ulcérée, infiltrait le tiers postérieur du bord gauche de la langue et avait envahi le tiers inférieur du pilier antérieur du voile palatin : elle avait envahi tout le côté correspondant du plancher buccal solidement fixé à la face interne du maxillaire. Des deux côtés on reconnaissait par la palpation des ganglions carotidiens et sous-maxillaires, notablement hypertrophiés.

» Opération le 7 mai 1901, par le procédé décrit en avril 1902 : Ligature des deux carotides externes ; ablation des deux glandes sous-maxillaires, ablation de toute la chaîne ganglionnaire, carotidienne et pré-jugulaire, y compris le ganglion inférieur (au point de croisement des vaisseaux par l'omo-hyoïdien) ; ablation des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux ; effondrement du plancher buccal à gauche ; résection large de toute la moitié gauche de ce plancher, de la moitié gauche de la langue et du pilier antérieur correspondant ; rugination soigneuse de la face interne du maxillaire dans toute la zone adhérente ; réunion de la plaie linguale par quelques points de suture.

» Les suites furent d'abord assez simples ; puis l'opéré présenta une infiltration dure de la région sus-hyoïdienne gauche, avec suppuration buccale ; un séquestre, long de 7 centimètres, large de 2, comprenant le bord inférieur et la face interne du maxillaire, dans la zone ruginée, se forma et mit seize mois à se détacher complètement. Depuis, la guérison paraît parfaite ; les tissus du cou ont repris la souplesse normale ; l'état général est excellent. L'ouverture de la bouche est limitée à 2 centimètres d'écartement du bord libre des incisives. La guérison de

ce cas grave, que certains avaient jugé inopérable, se maintient depuis trente-trois mois.»

OBSERVATION XVII

NOTE DU PROFESSEUR TÉDENAT

(Extrait de la *Province Médicale* du 11 janvier 1908)

Cancer de la langue. — Amputation totale. — Guérison. — Récidive au bout de 10 ans.

« J'ai dans mes notes l'observation d'un cancer de la langue chez un homme de 62 ans. Je fis l'amputation totale, le 24 octobre 1894 ; malgré quelques cigarettes fumées de temps en temps, la guérison se maintint jusqu'en septembre 1904, donc pendant dix ans. Alors récidive sous forme érosive. Quatre séances de radiographie ne produisirent aucune amélioration du côté de l'exulcération du moignon lingual, mais provoquèrent une rapide poussée ganglionnaire.

» La radiothérapie peut rendre quelques services dans les cas de cancers ulcérés inopérables. Pour calmer les douleurs, diminuer les sécrétions, elle vaut les applications des divers pyoktanins, des poudres à base d'iodoforme, d'antipyrine. Elle peut valoir plus : en partie par ses effets moraux. Pour les cancers superficiels peu étendus et opératoirement guérissables, elle fait perdre un temps précieux et, si elle n'est pas cause active d'aggravation, elle en est occasion. »

OBSERVATION XVIII

(Varnier. — Thèse Montpellier, 1896)

Epithélioma de la langue. — Opération. — Guérison.

J... E..., âgé de 50 ans, d'une très bonne constitution apparente, entre le 26 mars 1895, dans le service de M. Tédénat.

Il raconte qu'il y a environ sept mois, commença à apparaître, sur le bord gauche de la langue, une petite érosion qui dura trois mois et disparut ensuite. Mais, bientôt après, apparut sur le bord droit un petit bouton qui persiste encore. Aujourd'hui, le bouton est ulcéré à peu près à égale distance de la pointe et de la base de la langue. Sa dureté, ses bords surélevés et durs, son aspect grisâtre, les globules de pus (vermiouths de Virchow) que l'on fait sortir par la pression caractérisent, dit M. Tédénat, cette tumeur. Pas de leucoplasie. Pas de ganglions perceptibles dans la loge sous-maxillaire.

Depuis quelque temps il éprouve une douleur sourde, mais continue au niveau de son mal. Il accuse également de légers accès d'otalgie. Il a de la difficulté pour avaler et pour parler.

Il n'accuse pas de rhumatisme dans ses antécédents ; mais sa mère souffrait beaucoup dans les jointures. Il ne semble pas avoir eu de syphilis.

Le médecin qui l'a soigné lui a cautérisé légèrement la langue, ce qui lui calmait, disait-il, la douleur momenta-

nément. Il a pris également de l'iodure, mais tout cela sans en retirer le moindre avantage.

Le 1^{er} avril, le malade est opéré. Pas de trachéotomie. Légère anesthésie presque insignifiante. A travers la langue, attirée au dehors avec une pince de Museux, M. Tédénat passe un fil au moyen de l'aiguille de Reverdin.

Un aide qui tire sur cette ligature en haut et en dehors assure l'hémostase. Le frein de la langue est débridé, les piliers antérieurs du voile du palais coupés, et deux grosses pinces, mises de chaque côté, compriment la base de la langue. Le long des pinces, la langue est sectionnée à coups de ciseaux. Il s'écoule peu de sang malgré les cris que le malade ne cesse de pousser. Le patient se met sur son séant et crache dans un vase. Au niveau de la ligne de section on place de nombreux points de suture. L'opération terminée, il reste dans la bouche une seule pince à forcipressure. On fait asseoir le malade, et il se gargarise avec du rhum. On laisse la pince à demeure par précaution, bien qu'à la rigueur il soit possible de l'enlever. On recommande de ne faire aucun effort de phonation ou de déglutition. On tasse de la gaze iodoformée dans la bouche.

M. Tédénat ordonne un lavement avec : lait, jaune d'œuf et 10 grammes de poudre de peptone.

Quelques jours après, le malade demande la permission d'aller écouter la musique militaire. Il sort de l'hôpital le 11 avril 1895.

Voici ce qu'il me répondait le 3 juillet 1896, dit M. Varnier dans sa thèse, à une lettre que je lui avais adressée : « Depuis quelques jours il m'est venu une glande au cou qui ne veut pas se fondre, et que probablement, au dire des médecins du pays, je serai obligé de faire opérer... La langue va bien, je mange et parle assez facilement.

» J'ai pu revoir dernièrement le malade, sa santé est excellente, sa parole est très intelligible. Il présente, en effet, à l'angle droit du maxillaire inférieur, une glande qui est mobile sur les tissus sous-jacents. La peau qui recouvre la glande est à son tour indemne.»

OBSERVATION XIX

(Georges Buchanan, professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Glasgow. — *Edinburgh medical Journal*, novembre 1865 et 7 février 1895)

Epithélioma de la langue chez une femme. — Ablation. — Etat de la malade 30 ans après (1865-1895).

« Ce n'est pas souvent, dit M. Buchanan, que le chirurgien a l'occasion de parler de son malade, si longtemps après l'avoir opéré, aussi j'ai pensé que l'observation suivante pourrait présenter un certain intérêt. »

M^{me} M'Millan, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital le 26 mai 1865. Elle dit que trois mois environ auparavant, elle avait observé un petit bouton sur le bord droit de la langue. Ce bouton s'ulcéra bientôt, et l'ulcération continua à s'étendre, de telle sorte qu'au moment de son entrée elle était de la grandeur d'un schelling et était le siège de douleurs continuelles avec élancements jusque dans la nuque. L'ulcère était profond, excavé, avec des bords durs, éversés et déchiquetés, un fond sanieux et grisâtre. Tout autour il y avait une zone d'induration, mais cette induration ne s'étendait pas jusqu'au plancher de la bouche.

Les dents du point correspondant à l'ulcère furent enlevées et on prescrivit à la malade des lavages adou-

cissants et astringents qui ne produisirent d'autre effet que de nettoyer la bouche et de rendre l'haleine moins fétide. Comme le néoplasme était confiné à un côté de la langue, et apparemment circonscrit, je résolus de l'enlever ainsi qu'une portion de tissu sain environnant.

Le 18 juin, après avoir anesthésié la malade au chloroforme, je tirai vivement la langue au moyen d'un fil très solide passé à travers la pointe, et j'enlevai la partie malade en la circonscrivant par une incision semi-circulaire s'enfonçant profondément dans la base indurée. Il y eut une petite hémorragie ; la plaie se cicatrisa rapidement, et peu de jours après la malade put rentrer chez elle bien soulagée.

Le 10 août, la malade revint avec sa langue plus malade qu'avant l'opération. Le mal était réapparu à son ancienne place : elle rentra chez elle, et le néoplasme s'étendit si rapidement que, quand elle nous revint, il avait envahi presque en entier le côté droit de la langue, ainsi que la glande sublinguale du même côté. Il semblait franchement à ce moment-là qu'aucune opération, même très sérieuse, ne pût la débarrasser de son mal. Mais la malade souffrait tellement, et éprouvait une telle gêne, qu'elle me pria de la soulager par n'importe quelle opération qui offrit quelque chance de succès.

Par un examen méticuleux, je me rendis compte que le mal était localisé à une moitié de l'organe, et que l'ablation de cette partie laisserait l'autre moitié, ainsi que ses connexions avec l'os hyoïde et l'épiglotte, en parfait état. Je résolus donc d'extirper ce côté seulement, et en cela mes collègues furent complètement de mon avis.

Le 12 août, je l'opérai de la façon suivante : La patiente fut endormie profondément au chloroforme, sa langue

fut assujettie au moyen de deux fils passés à travers la pointe, un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane.

Je fis une incision sur la ligne médiane, divisant la lèvre inférieure, et continuant jusqu'à l'os hyoïde. La mâchoire inférieure fut sciée au niveau de la symphyse et fortement écartée, afin de mettre à jour autant que possible l'intérieur de la bouche. J'incisai alors la gencive au ras des dents, et je disséquai soigneusement l'ensemble des parties molles recouvrant le côté droit de la mâchoire inférieure. En faisant cela, je blessai une branche de l'artère faciale, ce qui ne m'inquiéta guère. La glande sublinguale et la muqueuse, ainsi que les attaches de la langue, furent séparées du plancher de la bouche et détachées de l'os hyoïde. Je tirai alors sur les deux fils passés à travers la langue, et je fis une incision verticale de la pointe de l'organe jusqu'à l'épiglotte, en me tenant un peu à gauche de la ligne médiane. D'un simple coup de bistouri je supprimai ses attaches à l'épiglotte et au pilier antérieur du voile du palais. L'artère linguale apparut alors au fond de la plaie et fut liée sans difficulté. Il n'y eut pas d'autre vaisseau important à lier, et très peu de sang fut perdu.

Avant d'inciser la langue, j'avais laissé la malade se réveiller partiellement du sommeil chloroformique, afin qu'elle pût plus facilement avaler ou cracher le sang, comme il le fallait dans la circonstance.

Je réunis les deux fragments du maxillaire inférieur en liant avec un fil d'argent deux dents voisines prises chacune sur une des deux parties de la mâchoire. Afin de prévenir tout chevauchement, je fis une seconde ligature métallique très solide en perforant les deux parties de l'os et venant lier sur la symphyse les fils qui les traversaient. Les bords de la plaie de la lèvre et du menton furent

affrontés également avec des fils métalliques, et la plaie fut drainée.

Les progrès de la guérison furent très rapides. L'incision cicatrisa par première intention et les fils furent enlevés le 7^e jour. On détergea avec grand soin la bouche afin de la débarrasser du pus et des sécrétions. Le tube de drainage fut renouvelé tous les jours, et on ordonna à la malade de se laver la bouche et de se gargariser fréquemment avec une solution de chlorate de potasse, et de cracher, au lieu de les avaler, les sécrétions buccales. J'insistai sur ce point, car j'ai vu la mort survenir à la suite de la déglutition répétée de pus dans un cas de résection d'une partie du maxillaire inférieur pour cancer.

Dans le cas présent, la malade fut très obéissante et suivit mes prescriptions à la lettre ; la guérison ne subit aucun retard. Le troisième et le quatrième jour il y eut un léger œdème autour du cou et à l'angle de la mâchoire, mais cela disparut bientôt sans lui occasionner plus d'ennui.

Le 16 septembre, la cicatrisation était complète et les deux fragments de la mâchoire inférieure étaient complètement réunis par un cal osseux.

Le 20 septembre, avant de laisser partir la malade, j'examinai attentivement l'état de sa bouche, et je priai mon collègue M. Lister de le faire également. Le résultat de notre examen fut très satisfaisant : le succès était complet. Tous les points de la ligne d'incision étaient bien cicatrisés ; la mâchoire était soudée ; il n'y avait aucune gêne des organes de la bouche, et aucune trace de néoplasme. En regardant à l'intérieur de la bouche, on voyait que la langue occupait la ligne médiane et il fallait regarder de près pour s'apercevoir qu'une partie avait été enlevée. Elle avalait très bien ; et l'articulation des mots, quoique

un peu défectueuse, était cependant suffisamment distincte pour la rendre capable de se faire bien comprendre. De fait, elle était beaucoup mieux que lorsqu'elle nous était arrivée avec sa récidue.

Elle n'éprouvait aucune douleur, chose qui ne lui était pas arrivée depuis des mois, et elle dormait profondément la nuit. Cela eut sur sa santé générale une telle influence qu'elle était devenue plus vigoureuse, plus fraîche; et mieux enfin qu'elle n'eût été depuis bien longtemps. La seule chose qui l'ennuyait, était une salivation abondante qui lui remplissait la bouche de liquide et l'obligeait à cracher à tout instant.

Je la vis chez elle à Arran, une quinzaine de jours après qu'elle eut quitté l'hôpital, et je la trouvai encore plus améliorée qu'à son départ. Articulation meilleure, salivation beaucoup moindre, appétit très bon ; elle dormait bien la nuit et était très bien sous tous les rapports.

Depuis l'opération que je fis à M^{me} M'Millan en mai 1865 et que je viens de rapporter, la patiente a pu remplir les devoirs de sa profession qui est celle de sage-femme, et j'ai reçu il y a deux ou trois jours (février 1895) une lettre dans laquelle elle m'informait qu'elle était toujours en très bonne santé et sans récidue aucune depuis trente ans.

CONCLUSIONS

Le praticien ne peut compter à l'heure actuelle sur un traitement médical du cancer de la langue, c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours.

Les résultats immédiats de l'opération du cancer de la langue sont très graves, mais moins qu'autrefois ; les résultats tardifs ne sont pas encore bons, mais il existe un certain nombre de faits incontestables de guérison.

On doit opérer le cancer de la langue ; le plus tôt possible est le mieux, mais, malgré cela, il ne faut pas reculer devant certaines lésions fort étendues pour lesquels on a plusieurs fois obtenu de très longues survies.

Les procédés en présence desquels se trouve le chirurgien sont des plus nombreux ; actuellement quatre surtout se partagent les faveurs des opérateurs.

L'un, procédé préconisé par M. Morestin, emprunte la voie sus-hyoïdienne et carotidienne unilatérale, et enlève le plancher de la bouche.

L'autre, employé par Kocher, comporte, pour l'ablation de la langue, la section du maxillaire inférieur.

Le troisième, préconisé par M. le professeur Poirier, procédé mixte, combinant la voie buccale pour l'extirpa-

tion de la tumeur linguale, aux voies sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérales pour l'ablation des ganglions.

Enfin, le quatrième procédé employé en Angleterre par Butlin et beaucoup de chirurgiens anglais, préconisé en France par J.-L. Faure, qui, à notre avis, est le procédé de choix, est dérivé de celui de Poirier, mais en laissant écouler, entre le temps buccal et les temps sus-hyoïdien et carotidien, une quinzaine de jours environ. Cette façon de faire permet d'éviter une des complications les plus sérieuses de l'opération, à savoir : l'infection par communication entre la bouche et la région sus-hyoïdienne.

On ne peut songer toujours et dans tous les cas à employer la même méthode ; le siège de la tumeur et son étendue doivent guider dans le choix du procédé à employer.

L'espoir de la chirurgie du cancer de la langue réside, d'une part dans le diagnostic précoce et l'intervention rapide, d'autre part dans une opération complète enlevant non seulement le néoplasme, mais encore toute trace de relais lymphatiques pouvant permettre la récurrence.

L'opération a pu donner dans un certain nombre de cas des survies suffisamment satisfaisantes pour encourager les tentatives opératoires (trois, cinq, quinze, vingt-quatre et même trente ans), comme nous en avons cité un nombre relativement considérable aux pages 48 à 51, et dans nos observations.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGER (Th.). — Du cancer de la langue. Thèse agrégation, Paris, 1872.
- ARMSTRONG (G.-L.). — Excision of the tongue. Montreal M. J., XXXII, 390.
- AUGIER et DELASSUS. — Cancer de la langue chez un homme de 27 ans. J. d. Sc. Méd. de Lille, 1903, I, 463-467.
- BRAINBRIDGE (W.-S.). — A case of extensive carcinoma of tongue and neck presenting points of special interest. Ann. Méd. Philad., 1905.
- Barlow (W.-S.). — Four cases of endothelioma of the tongue. — Arch. Middlesex Hosp. Lond., 1904, III, 73-83.
- BAZY. — Société de chirurgie, 4 février 1891.
- BEATSON (G.-T.). — Three cases of epithelioma lingualis. Glasgow, M. J., 1898, XLIX, 198-202. — A case of epithelioma of the tongue in a man aged 58. Glasgow M. J., 1903, LX, 427.
- BELLAMY. — Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général et du plancher buccal. Th. Paris, 1888.
- BERGER. — Société de chirurgie, 17 février 1886 ; 4 février 1891 ; 2 mars 1904 ; 16 mars 1904. — Académie de médecine, 13 novembre 1906.
- BEROFF. — Etude clinique sur 18 observations d'épithélioma de la langue. Toulouse, 1900, in-8°, n° 358.
- BEUF (A.). — Thèse de Lyon, 1897.
- BILLROTH. — Thèse Capmas. Paris 1866. — Arch. de Langenbeck, 1862-1874.
- BOECKEL. — Sem. méd., 12 octobre 1882, p. 168. — Congrès français de chirurgie, 1888.

- BOSSUET. — Un cas de cancer de la langue à apparence squirrheuse.
Journ. de méd. de Bordeaux, 1904, XXXIV, 67.
- BOYD et UNWIN. — On a serie of cases of the cancer of the tongue.
Pratitioner, Lond., 1903.
- BRAUN. — Etude sur la chirurgie du cancer de la langue. Inaug.
Dissert. Berlin, 1898.
- BROCA. — Article du Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. V,
p. 178.
- BUCHANAN. — Edinb. med. Journ., nov. 1865 et février 1895.
- BUTLIN. — British med. Journ., 14 february 1903, 26 may 1906. —
Congrès de la Soc. Intern. de Chir., Bruxelles, 1908.
- BUTLIN et SPENCER. — Maladies de la langue, 2^e édition, 1900.
- CAPMAS. — Thèse de Paris, 1866.
- CAPETTE (L.). — Du traitement chirurgical du cancer de la langue.
Thèse de Paris, 1907.
- CASSAGNÉ. — Thèse Paris, 1884.
- CESTAN (E.). — Toulouse médical, 1904.
- CHALOT. — Congrès français de Chirurgie, 1893.
- CHASSAIGNAC. — Société de chirurgie. — Gaz. des hôpitaux. — Archiv.
gén. méd. — Opérations chirurgicales, t. II, p. 522.
- CIVEL. — Thèse Paris, 1891.
- COURTOIS-SUFFIT. — Rôle des ganglions lymphatiques dans l'in-
fection et dans le cancer. Bull. méd., XV. Paris, 1901.
- DANLOS. — Cancer de la langue. Ann. dermat. et syph., 1901, II,
177.
- DAUVERGNE. — Lyon médical, 1900, 275-276.
- DEBOVE. — Thèse Paris, 1873.
- DELBET. — Société de chirurgie, 23 avril 1902.
- LE DENTU. — Bull. méd. Paris, 1897. — Congrès de chirurgie de
Lyon, 1891.
- DEPAGE. — Journ. de méd. de Bruxelles, 1903, 731. — Presse méd ,
1903, p. 842.
- DOYEN. — Ablation d'une tumeur de la base de la langue par la
voie sous-maxillaire. — Rev. crit. de méd. et de chir.
Paris, 1900.
- ETIÉVANT. — Gaz. hôp., 25 septembre 1897.
- FARABEUF. — Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1882, p. 59.
- FAUCON. — Soc. des sc. méd. de Lille, 13 mai 1903.

- FAURE (Jean-Louis). — Sur le Traitement chirurgical du cancer. XIII^e Congrès international de médecine, section de chirurgie générale, 1900. — Traitement du cancer de la langue. Presse médicale, Paris, 1904, II, 801-808. — Soc. de chir., 23 mars 1904, 12 juillet 1905.
- FISK (A.-L.). — Carcinoma of tongue no recurrence 3 years after excision. Ann. Surg. Phila., 1899, XXIX, 359-362.
- GAILLARD. — Thèse Paris, 1880, n° 8.
- GRELLETY. — Thèse de Bordeaux, 1890.
- GUINARD. — Soc. de chir., Paris 1903.
- HARTMANN. — Soc. de chir., 23 mars 1904.
- HUTCHINSON. — Med. Times, 1860, t. II. — Arch. Surg. London, 1892-93. — Arch. Surg. London, 1896, p. 284; 1898, p. 289.
- JACOBSON. — Cas d'opérations du carcinome de la langue. Practitioner, 1903.
- KOCHER. — In Sachs, 1893. — Traité de méd. opér., 1903.
- LABADIE. — Thèse Bordeaux, 1883-1884, n° 38.
- LABBÉ. — In thèse Anger, n°s 68 et 78, Paris, 1872. Société de chirurgie, 9 mars 1904.
- LABORDE. — Le cancer de la langue et son traitement curateur. Thèse Paris, 1902. Inspirée par M. Morestin.
- LARRIERU. — Thèse Paris, 1882, n° 242.
- LEFEBVRE. — Journ. des sc. médicales de Lille, 10 août 1901.
- LEJARS. — Semaine médicale, 30 septembre 1908.
- LENOIR. — Union médicale, t. I, n° 43; t. I, p. 185, 1847.
- LOISON. — Traitement du cancer de la langue. Thèse de Nancy, 1884.
- LOUIS. — Mém. de l'Acad. Royale de chir., t. IV, p. 96.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Société de chirurgie, 4 février 1891.
- MAISONNEUVE. — Thèse Capmas. Paris, 1866. — Gazette des hôpitaux, 1852-54-62-63. — Acad. des sciences, 1853.
- MARCHAND. — Société de chirurgie, 4 février 1891.
- MAUCLAIRE. — Trib. méd. Paris, 1904, 293-297.
- MAUVOISIN. — Thèse Paris, 1873.
- MONOD (Ch.). — Bull. et Mém. Soc. de chirurg. Paris, 1886. — Soc. de chir., 17 février 1886; 24 février 1886; 16 juin 1886; 16 juin 1891.
- MORESTIN. — Société anatom., 1894. — XIV^e Congrès français de

- chir. Proc.-verb., Paris, 1901, p. 421-429. — Congrès de chir., 1901. — Traité de Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 293.
- MOURE. — Congrès chirurgie, 1903. — Revue de chirurg., p. 586.
- ORLOW. — Revue de chirurgie, 1903.
- PÉRICAT. — Thèse de Paris, 24 décembre 1902.
- PIQUANTIN. — Thèse Paris, 1905.
- POIRIER. — Société de chirurgie, 23 avril 1902; 2 mars 1904; 9 mars 1904; 16 mars 1904; 23 mars 1904.
- Société de chirurg., 12 juillet 1905. Les lymphatiques et l'épithélioma de la langue, manuel opératoire de l'opération logique, résultats. — Arch. internationale de laryngol. Paris, XVII, 713-727. — Académie de méd. de Paris, 30 octobre 1906.
- POZZI. — Bull. Soc. anatom., 1873, p. 878. Soc. chirurg., 2 mars 1904.
- QUÉNU. — Soc. de chir., 4 février 1891, 2 mars 1904, 16 mars 1904, 12 juillet 1905.
- RECLUS (P.). — Clinique et Critique chir., 1884. — Clin. chir. de la Pitié, Paris 1894, 126-139. — Société de chir., 4 février 1891; 23 avril 1902. — Presse médicale, 1905, n° 97.
- RICARD. — Soc. de chir., Paris, 16 mars 1904.
- RICHELOT. — Soc. de chir., 24 mars 1886; 12 juillet 1905.
- SÉBILÉAU. — Soc. de chir., Paris, 2 mars 1904; 16 mars 1904.
- SOUBEYRAN. — Montpellier médical, 26 juillet 1908; 31 mai 1908; 6 juillet 1902.
- SEGOND. — Soc. de chir., 2 mars et 16 mars 1904.
- TÉDENAT. — Montpellier médical, 1902, n° 27. — Province médicale, janvier 1908.
- TERRIER. — Soc. de chir., 17 février et 24 février 1886; Soc. de chir., 4 février 1891 et 23 avril 1902. Bull. et Mém. Soc. de chir. Paris, 1891, t. XVII, p. 91.
- TILLAUX. — In thèse Capmas, 1886, p. 52. — In thèse Anger, Paris, 1872.
- TRÉLAT. — Soc. chir. 1880; 17 février et 24 février, 1886. — Clin. chir. Paris, 1891.
- VALLAS. — Echo médical de Lyon, 15 avril 1896, p. 67.
- VARNIER. — Thèse Montpellier, 1896. Epithélioma de la langue.

VERNEUIL. — Soc. de chir., 1857-58; 1871, 1880, 1884, 1886. —
Gaz. Hôpit., 30 août 1881. — III^e Congrès français de chir.,
Paris 1888, p. 206.

WALTHER. — Soc. de chir., 23 avril 1902; 23 mars 1904; 10 juillet
1907.

WHITEHEAD. — Lancet, 1873, 1879, 1881, 1882, 1888, 1891. British
med. Journ., 8 décembre 1877; 2 mai 1891. — Congrès
intern. de Londres, 1881. — Practitioner. — Lond. méd. 1903.

WHEELER. — Sixty-one cases of partial and complete excision of the
tongue. Dublin med. Journ. sc., 1897.

WINIWARTEK. — Statistique du cancer. Stuttgart, 1878.

ZIKOFF. — Chirurgia. Moscou, 1901, IX, n^o 52.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 20 Novembre 1908.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 19 Novembre 1908.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
